

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

被保険者記号番号					
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄				
長期入院	該当 ・ 非該当				

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

年 月 日

市長が証明 する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に_____年度の市民税が課されないことを証明する。
	_____, _____, _____,
	_____, _____, _____,
	南丹市長 

備考 「市長が証明する欄」は、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

※マイナ保険証を利用の場合は、交付申請は不要です。マイナ保険証をご利用ください。