

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  
生活療養標準負担額減額

認定申請書

( 新規・変更・再交付・長期のみ )

70歳未満	高齢者	受付

被保険者証記号番号		資格区分		一般 ・ 退本 ・ 退扶	
世帯主	個人番号		限度額適用 減額対象者	個人番号	
	氏名			氏名	
	生年月日	大・昭・平・令		生年月日	昭・平・令
	住所			世帯主との続柄	
申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日	日間		
入院をした保険医療機関等		名称			
		所在地			
上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証等の認定を申請します。 中津市長 あて 申請者 住所 氏名 電話番号 ( ) - ※世帯主本人が申請する場合は記入の必要はありません。					

※太枠内をご記入下さい

同一世帯でない場合は、関係を確認( )  
身分確認 免許証等( )

滞納状況	無			
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ I・II・現I・現II			
発効期日	令和	年	月	日
有効期限	令和	年	月	日
長期認定日	令和	年	月	日
長期該当日 (91日目)	令和	年	月	日
備考				

滞納状況	有			
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ I・II・現I・現II			
確認者	国民健康保険主幹		国民健康保険係	
期間→1ヶ月				
発効期日	令和	年	月	日
有効期限	令和	年	月	日
長期認定日	令和	年	月	日

認定証を受取りました。  
署名