

70歳未満		高齢受給者
一般	退職	一般

限度額適用（ア・イ・ウ・エ・現役並みⅡ・現役並みⅠ）
国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額（オ・低Ⅱ・低Ⅰ）

被保険者証記号番号		南島原 ー		
世帯主	住所	南島原市		
	氏名			
	個人番号			
限度額適用 減額対象者	氏名		世帯主 との続柄	男・女
	生年月日	年 月 日		
	個人番号			
長期入院	該当・非該当	今回の申請は、第三者行為によるものではない		はい・いいえ

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。			入院日数合計（日間）	
①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日（日間）		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
②	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日（日間）		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
③	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日（日間）		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
④	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日（日間）		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
⑤	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 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、関係書類を添えて国民健康保険限度額適用、標準負担額減額及び
 限度額適用・標準負担額減額の認定について申請します。

年 月 日
 住所 南島原市 番地
 申請者 氏名 (※)
 (※) 本人が手書き（署名）しない場合は、記名押印してください。
 電話番号 ー ー

南島原市長 様

市区町村 処理欄	認定等	イ.市町村民税非課税証明書	二.却下(理由:)	収納確認担当者
		ロ.保護申請却下通知書		
		ハ.公簿()	認定等年月日 年 月 日	印
		差額支給 有・無	申請書番号(第 号)	