

人吉市国民健康保険

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

被保険者証 記号番号		人吉							
世帯主	住所	人吉市		町	番地				
	氏名		印	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別
限度額適用 減額対象者	氏名			生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別
	世帯主 との続柄								
長期入院	該当 ・ 非該当	交通事故等の第三者行為		有 ・ 無					
①	申請の前一年間の入院期間（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	申請の前一年間の入院期間（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	申請の前一年間の入院期間（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	申請の前一年間の入院期間（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							

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・標準負担額減額認定証の交付を申請します。
 なお、限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請にあたり、人吉市国民健康保険が課税状況を調査することに同意します。

人吉市長 松岡 隼人 様

以下、職員記入欄

資格区分	一般	< 70歳以上 >	
認定証発行種類	低Ⅰ	低Ⅱ	才Ⅰ
課 税	現役並み Ⅰ・Ⅱ	一般	非課税

< 70歳未満 >

資格区分	一般	退職本人	退職扶養
認定証発行種類	ア	イ	ウ
	エ	オ	才Ⅰ

認定年月日	令和 年 月 日
長期入院	該当 ・ 非該当
長期認定年月日	令和 年 月 日
標準負担額差額支給	有 ・ 無

受付担当者	
-------	--

人吉市国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

記入例
認定申請書

※下の○枠の中にご記入押印をお願いします。

被保険者証 記号番号	人吉								
世帯主	住所	人吉市		町	番地				
	氏名		印	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別
限度額適用 減額対象者	氏名			生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別
	世帯主 との続柄								
長期入院	該当 ・ 非該当	交通事故等の第三者行為		有 ・ 無					
①	申請の前一年間の入院期間			年	月	日から	日間		
	入院をした保険医療機関等			この欄は、当該年度の認定証適用日以前において、入院日数が90日を越えている場合には、医療機関で90日以上という証明をもらってください。					
②	申請の前一年間の入院期間（日数）			年	月	日から	日間		
	入院をした保険医療機関等	名称							
③	申請の前一年間の入院期間（日数）			年	月	日から	日間		
	入院をした保険医療機関等	名称							
④	申請の前一年間の入院期間（日数）			年	月	日から	日間		
	入院をした保険医療機関等	名称							
	申請の前一年間の入院期間（日数）			年	月	日から	日間		
	入院をした保険医療機関等	名称							
	申請の前一年間の入院期間（日数）			年	月	日から	日間		
	入院をした保険医療機関等	名称							

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・標準負担額減額認定証の交付を申請します。
なお、限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請にあたり、人吉市国民健康保険が課税状況を調査することに同意します。

人吉市長 松岡 隼人 様

以下、職員記入欄

資格区分	一般	< 70歳以上 >	
認定証発行種類	低Ⅰ	低Ⅱ	才Ⅰ
課税	現役並みⅠ・Ⅱ	一般	非課税

< 70歳未満 >

資格区分	一般	退職本人	退職扶養
認定証発行種類	ア	イ	ウ
	エ	オ	才Ⅰ

認定年月日	令和 年 月 日
長期入院	該当 ・ 非該当
長期認定年月日	令和 年 月 日
標準負担額差額支給	有 ・ 無

受付担当者	
-------	--