

国民健康保険  
 限度額適用  
 標準負担額減額  
 認定申請書  
 限度額適用・標準負担額減額

										区 分						
被保険者証記号番号					宛名番号											
限度額適用 減額対象者	住所									生年月日			年	月	日	
	氏名															
個人番号																
発効期日		年 月 日					適用区分									
長期該当		該当・非該当		年 月 日					第三者行為		有・無					

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年間の入院期間 (日数)			年 月 日から					年 月 日まで				
				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年間の入院期間 (日数)			年 月 日から					年 月 日まで				
				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年間の入院期間 (日数)			年 月 日から					年 月 日まで				
				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申請します。

年 月 日

住 所 .....

世帯主 氏 名 .....

個人番号 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号 .....

柳川市長 様

※ 市 処 理 欄	認 定	1 公簿( )	3 その他 ( )
	却 下	理由:	

◇申請が世帯主以外(世帯員)の場合(代理人の場合は委任状)

住 所 .....

氏 名 ..... 続柄 .....

電話番号 .....

受付庁舎	担当印
柳 川	
大 和	
三 橋	