

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	個人番号		個人番号	
	氏名	氏名		氏名	
	生年月日	大・昭・平・令	限度額適用減額対象者	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	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 印

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 印