

保険年金課受付印	市民センター等受付印
----------	------------

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

被保険者 記号・番号	山2-	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ	現役並みⅠ・現役並みⅡ・ Ⅰ・Ⅱ
世帯主 (申請者)	住所	(電話番号)		
	氏名			
	生年月日	年 月 日	個人番号	
対象者	氏名			
	生年月日	年 月 日	個人番号	
	長期入院	該当 ・ 非該当		第三者行為 有 ・ 無
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		
上記のとおり申請します。				
令和 年 月 日				
宇部市長 様				

※マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証等の申請が不要となる場合があります。
(長期入院該当による食事代の減額を受ける場合は申請が必要です。)