

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

被保険者証の 記号番号	山2-	一般・退職	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。					
年 月 日					
宇部市長 様					