

課長	係長	係

国民健康保険 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		南九州市		TEL		— —	
世帯主	住所			個人番号			
	氏名	⑩	生年月日		性別		
限度額適用 減額対象者	氏名		個人番号		性別		
	続柄		生年月日		年齢		
長期入院		長期入院該当年月日					

ここから下は、長期入院該当者のみ記入して下さい。

入院日数合計

①	申請日の前1年間の入院日数	～	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請日の前1年間の入院日数	～	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
③	申請日の前1年間の入院日数	～	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
④	申請日の前1年間の入院日数	～	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
⑤	申請日の前1年間の入院日数	～	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

発行	区分	滞納	長期

年 月 日

南九州市処理欄	認定等	公簿	所得区分	
	認定等年月日			

届出者氏名	続柄

確認年月日	年 月 日	印又は自署