

国民健康保険 限度額適用標準負担額減額認定申請書

記 号 ・ 番 号		南九州市		TEL		— —	
世 帯 主	住 所				個人番号		
	氏 名				生年月日		
限 度 額 適 用 減 額 対 象 者	氏 名				個人番号		
	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	

発病又は負傷の理由				発行	区分	滞納	長期	年 月 日
1：第三者行為(交通事故等) 2：その他(自損事故・疾病等)								

南九州市処理欄	認 定 等	公 簿	所 得 区 分	
	認定等年月日	年 月 日		

届 出 者 氏 名	続柄	確認年月日	年 月 日	印又は自署