

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

認定申請書

1 一般 2 退本 3 退扶

被保険者証の記号及び番号	浦国						個人番号	
減額対象者(入院者)	氏名						世帯主との続柄	
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	長期入院	1 該当 2 非該当	

※ここからは長期入院該当者のみ記入してください。

長期入院該当年月日	平成 令和	年	月	日	入院日数合計	日
-----------	----------	---	---	---	--------	---

①	申請日の前1年間の入院期間		平成 令和	年	月	日から	平成 令和	年	月	日まで
	入院をした保険医療機関等	名称					入院日数	日		
		所在地								
②	申請日の前1年間の入院期間		平成 令和	年	月	日から	平成 令和	年	月	日まで
	入院をした保険医療機関等	名称					入院日数	日		
		所在地								
③	申請日の前1年間の入院期間		平成 令和	年	月	日から	平成 令和	年	月	日まで
	入院をした保険医療機関等	名称					入院日数	日		
		所在地								

沖縄県浦添市長 殿

令和 年 月 日

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険の限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

申請者(世帯主)

住所

氏名

個人番号

TEL

届出人

住所

氏名

TEL

続柄

適用区分(ア・イ・ウ・エ・オ・現役並み所得者・一般・低Ⅱ・低Ⅰ)

世帯主の国保税滞納の有無(有・無)

課長	係長	担当