

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

被保険者記号・番号						
世帯主	住所					
	氏名		生年月日		日	
限度額適用減額対象者	氏名		個人番号			
	世帯主との続柄		生年月日		日	
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為		有・無		
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。			入院日数合計 ( 日間)			
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日から	令和 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)	令和 年 月 日から	令和 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)	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間		
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				
④	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間		
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				
⑤	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間		
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

住所

\_\_\_\_\_

世帯主名  
(申請者)

\_\_\_\_\_

電話番号

\_\_\_\_\_

個人番号

\_\_\_\_\_

福津市長 宛

来庁者氏名

続柄 ( )

処理欄	イ 市町村民税非課税証明書	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定 等年月日 令和 年 月 日
	ロ 保護申請却下通知書	
	ハ 公簿 ( )	
	ニ 却下 (理由 )	
差額支給 有・無		食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号)

長期該当：令和 年 月 日 ~ 滞納：有・無

本人確認または委任状あり

受付 ( )