

☐国民健康保険限度額適用認定証

交付申請書

☐国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証

被保険者記号番号			
減額対象者となる 被 保 険 者 氏 名	生 年 月 日	年 月 日	
	世帯主との続柄		
	個 人 番 号		
長 期 入 院	1. 該当 2. 非該当	適 用 区 分	低所得Ⅱ 低所得Ⅰ 現役並みⅡ 現役並みⅠ ア イ ウ エ オ

入院日数合計	(	日間)
90 日 該 当 日	年	月 日

*太線内は長期入院該当者が記入してください。

①	申請月を含む前12月間の入院期間（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	申請月を含む前12月間の入院期間（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	

同 意 書

国民健康保険限度額適用認定証及び国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付のため、本人及び世帯員の課税状況及び収納状況につき、市長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。

上記のとおり申請します。

香南市（赤岡・香我美・野市・夜須・吉川）町

令和 年 月 日

住 所 _____

世帯主

氏 名 _____

個人番号 _____

(電話 —)

住 所 _____

代理人

氏 名 _____

(電話 —)

(世帯主との続柄)

香 南 市 長 様

市 確 認 欄	イ 市民税非課税証明書	課長	係	受理番号	
	ロ 保護申請却下通知書			交付日	年 月 日
	ハ 公 簿 ・ ニ 却 下				