

限度額適用認定証
 国民健康保険 標準負担額減額認定証
 限度額適用・標準負担額減額認定証

交付申請書 兼 入院日数届出書

認定証の交付について申請します。

被保険者証の記号番号		天 草										
世帯主	住所											
	氏名											
減額対象者	氏名						生年月日					
		世帯主との続柄										
	個人番号											
年 月 日												
申請者 (世帯主)	住所											
	個人番号											
	氏名	(㊟ - -)										
※届出者が世帯主以外の場合												
届出者	住所											
	氏名	(㊟ - -)										
	続柄											

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)	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	申請日の前1年間の入院期間 (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	
③	申請日の前1年間の入院期間 (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	

処理欄	交付年月日	認定年月日	受付印
	年 月 日	年 月 日	
	長期入院	長期該当年月日	
	該当・非該当	年 月 日	
	区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅱ・低Ⅰ・現Ⅰ・現Ⅱ	
	第三者行為	該当・非該当	

※認定証の送付先を変更される方のみ記入してください。

送付先	郵便番号		
	住所		
	宛名		
		受付者	確認