

国民健康保険 { 標準負担額減額(非課税, 食事代)  
 限度額適用(上位又は一般、医療費代)  
 限度額適用・標準負担額減額(非課税, 食事代・医療費代)  
 高齢受給者限度額適用・標準負担額減額(食事代・医療費代) } 認定申請書

□太線内のみ記入してください。

被保険者証記号番号		記号	い	番号						
世帯主 (組合員)	住所	諫早市								
	氏名				生年月日	昭・平・令	年	月	日	
減額対象者	氏名				生年月日	昭・平・令	年	月	日	
	世帯主との続柄・電話					( )				
長期入院	該当・非該当	世帯主 個人番号					対象者 個人番号			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年		月	日から	日		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	日		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	日		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)		年		月	日から	日		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)		年		月	日から	日		日間	
	入院をした保険医療機関等		名称							
		所在地								
市区町村長が証明する欄		下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主(組合員)及びその世帯に属する被保険者に年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。								

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

第三者該当 (有・無)