国民健康保険　限度額適用・標準負担額減額認定申請書

認定対象者	保険証の記号・番号	記　号			番　号				
	氏　　名					世帯主との続柄			
	マイナンバー								
	生　年　月　日	年　　月　　日				性　別	男　・　女		

長期入院該当　　交通事故等の第三者行為　有　・　無

限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分（認定証右下に記載）が「オ」か「Ⅱ」、「無」をお持ちの期間で、**本申請日より以前１年間で、入院日数の合計が９１日以上ありましたか。**

□　あった　　□　なかった

「あった」を選択された方で、直近3ヶ月の入院や、久留米市国保以外の期間での入院日数が含まれている場合は、領収書のコピーや入院期間の証明書の添付が必要です。

上記のとおり限度額適用・標準負担額減額認定の申請をします。
なお、本請求による限度額適用・標準負担額減額認定証の交付に関する事務に必要な市税に関する資料を閲覧されることに同意します。

年　　月　　日

住　　所　久留米市

世帯主氏名

マイナンバー

電 話 番 号　　－　　－

申請が世帯主以外の場合	住　所			
	氏　名		世帯主との続柄	
	電話番号	－　　－		

以下市処理欄

本人確認	保険証　住基カード(写真付)　マイナンバーカード　免許証　在留カード　パスポート　年金手帳 障害者手帳　高齢受給者証　介護保険証　医療証　その他（　　）

確認欄	手続者	収納状況	認定根拠	適用区分				長期証該当日		説明確認
	世帯主	未納なし	所得課税証明書	ア	イ	ウ	エ	前年度証（オ・Ⅱ 通常・長期）		入院日　／
	世帯員	収納相談	公　簿							適用区分　済
	代理人	可・不可	保護却下通知書	オ	境	低・現		翌月1日	更新月特例	長期証　済
	委任状（有・無）	相談済	その他			Ⅰ	Ⅱ			食事代差額　済

上記のとおり認定いたしたい。

年　　月　　日
（郵送　　／　　）

備考

処理					受付窓口	本庁	耳納	筑邦	上津	高牟礼	千歳	田主丸	北野	城島	三潴	受付印
受付	入力	確認	認定	引渡												
:	:	:	:	:												