

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

年 月 日

豊後大野市長 様

下記のとおり関係書類を添えて申請します。
また、手続きに際し必要となる個人番号、公簿等を閲覧されることに同意します。

被保険者証 記号番号	ぶんご国			
申請者 (世帯主)	住所	豊後大野市	電話	— —
	氏名		個人 番号	
代理人 <input type="checkbox"/> 対象者と同じ	住所	豊後大野市	世帯主との 続柄	
	氏名		電話	— —
対象者	氏名		個人 番号	
	生年 月 日	年 月 日	世帯主との 続柄	
交通事故等の第三者行為の有無（有・無）				

■ 長期入院〔非課税世帯(低Iを除く)の方のみ記入〕

区分	申請日の前1年間の入院期間(日数)		入院をした保険医療機関等	
①	年 月 日から	日間	名 称	
	年 月 日まで		所在地	
②	年 月 日から	日間	名 称	
	年 月 日まで		所在地	
③	年 月 日から	日間	名 称	
	年 月 日まで		所在地	
④	年 月 日から	日間	名 称	
	年 月 日まで		所在地	
⑤	年 月 日から	日間	名 称	
	年 月 日まで		所在地	
入院日数 合計		日間	長期入院（該当・非該当）	

※ 長期該当の申請は、領収書など入院日数が確認できる書類を添付すること。

受付印