

国民健康保険

認定申請書

由布市長 様

下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請日 令和 年 月 日

被保険者記号・番号											
世帯主	住 所	由布市									
	氏 名					生年月日	大・昭・平 年 月 日			男・女	
	個人番号					電話番号	— —				
限度額適用減額対象者	氏 名					生年月日	昭・平・令 年 月 日			男・女	
	世帯主との続柄					個人番号					
長期入院	該当・非該当	区分	一 般 ・ 退 本 ・ 退 扶			適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・I・II				
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)					年 月 日から 日間 年 月 日まで					
	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 日間 年 月 日まで					
	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 日間 年 月 日まで					
	入院をした保険医療機関等					名 称					
						所在地					
						入院日数合計		日			

代理申請者 ※世帯主以外が 申請する場合	住 所	1.同上 2 ()		
	氏 名			
	世帯主との関係	1. 同一世帯 2. ()	電話番号	— —

第三者行為該当	
---------	--