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

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

被保険者証記号番号						
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 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	
		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	