

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額

別府市長 あて

下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

被保険者証記号番号		べっぶ		申請日	年 月 日
世帯主 (申請者)	住所	(〒 -) 別府市			
	氏名	電話(- -)		生年月日	年 月 日
	個人番号				
限度額 適用・ 減額 対象者	氏名	生年月日		年 月 日	
	個人番号				
	世帯主との続柄	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・Ⅰ・Ⅱ		
長期入院	該当 ・ 非該当	入院日数合計		日間	
①	申請日の前一年間の 入院期間(日数)		年 月 日 から	日間	
	入院をした保険医療機関		名称		
			所在地		
②	申請日の前一年間の 入院期間(日数)		年 月 日 から	日間	
	入院をした保険医療機関		名称		
			所在地		
③	申請日の前一年間の 入院期間(日数)		年 月 日 から	日間	
	入院をした保険医療機関		名称		
			所在地		
代理人 ※世帯主本人 以外が申請 する場合	住所				
	氏名	印			
	電話	□同一世帯 □その他(世帯主から見た関係:)			

身元確認	番号確認
I 個カ・運免・バス・住カ・障手・在カ・他()	<input type="checkbox"/> 提示有り 個カ・通カ・住民票・他() <input type="checkbox"/> 提示無し 職権(宛名、C.S、)
II 健保・介保・年手・他() + II 健保・介保・年手・他()	
II 健保・介保・年手・他() + III 納通・他()	
<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 写真 記号番号 期限/交付日 . .	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 写真 記号番号 期限/交付日 . .
代理権確認	
<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他(コピー添付)	

第三者行為	有 ・ 無
-------	-------

受付者名	
出張所	保険年金課