

限度額適用  
 食事療養標準負担額減額  
 限度額適用・食事療養標準負担額減額

国民健康保険 認定申請書

電話(                      年                      月                      日 )

申請区分	◇新規申請 <small>(長期非該当・長期該当)</small>		◇長期該当へ変更申請				◇再交付			
記号番号	—			一般 ・ 退本 ・ 退扶						
世帯主	住所	〒 — — 大牟田市						現Ⅲ 現Ⅱ 現Ⅰ 一般 Ⅱ Ⅰ	アイ ウ エ オ	
	氏名									男・女
	個人番号									
	生年月日	年 月 日( 歳)								
対象者	氏名							現Ⅲ 現Ⅱ 現Ⅰ 一般 Ⅱ Ⅰ	アイ ウ エ オ	
	個人番号									男・女
	生年月日	年 月 日( 歳)								続柄
										第三者行為の有無
他の被保険者名 ・生年月日 ・個人番号	年 月 日	現Ⅲ・現Ⅱ 現Ⅰ・一般 Ⅱ・Ⅰ ア・イ・ウ エ・オ	年 月 日	現Ⅲ・現Ⅱ 現Ⅰ・一般 Ⅱ・Ⅰ ア・イ・ウ エ・オ	適用区分		課税	非課税		
	年 月 日	現Ⅲ・現Ⅱ 現Ⅰ・一般 Ⅱ・Ⅰ ア・イ・ウ エ・オ	年 月 日	現Ⅲ・現Ⅱ 現Ⅰ・一般 Ⅱ・Ⅰ ア・イ・ウ エ・オ	現Ⅱ 現Ⅰ ア・イ ウ・エ	Ⅱ・Ⅰ オ				
	年 月 日	現Ⅲ・現Ⅱ 現Ⅰ・一般 Ⅱ・Ⅰ ア・イ・ウ エ・オ	年 月 日	現Ⅲ・現Ⅱ 現Ⅰ・一般 Ⅱ・Ⅰ ア・イ・ウ エ・オ						
	年 月 日	現Ⅲ・現Ⅱ 現Ⅰ・一般 Ⅱ・Ⅰ ア・イ・ウ エ・オ	年 月 日	現Ⅲ・現Ⅱ 現Ⅰ・一般 Ⅱ・Ⅰ ア・イ・ウ エ・オ						

長期該当の場合記入	1	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日から	年 月 日まで	日間
		入院をした保険医療機関名			
	2	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日から	年 月 日まで	日間
		入院をした保険医療機関名			
長期入院該当日 年 月 日			長期実該当日 年 月 日		

届出人	住所		TEL	
	氏名		続柄	

可・不可