

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

※太枠内をご記入ください。

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	—	申請年月日	年 月 日			
世帯主	住所	〒 — — Tel (— —) 大牟田市				
	氏名					
	個人番号					
	生年月日	年 月 日 (歳)				
対象者	氏名					
	個人番号					
	生年月日	年 月 日 (歳)	続柄			
			第三者行為の有無	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	

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

申請書送付先: 〒836-8666 大牟田市有明町2丁目3番地
大牟田市役所 保険年金課 国保給付担当 行