

国民健康保険限度額適用・標準負担減額認定申請書(一般・非課税)

申 請 日	年 月 日		資格確認書 記号・番号	那 国	
国 保 世 帯 主	氏 名			電 話	
	個 人 番 号				
	住 所	那 覇 市			
届 出 人 (世帯主が来た 場合は省略可)	氏 名			世 帯 主 との続柄	
	住 所			電 話	
認 定 対 象 者	氏 名			生年月日	年 月 日
	個 人 番 号				
	世 帯 主 との続柄				
	・ 一般 退職(本人・被保険者)			長 期 入 院 (91日以上)	該 当 ・ 非 該 当
国民健康保険一部負担金限度額の適用・食事療養標準負担額の減額の認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。 那 覇 市 長 宛					

※ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。 入院日数 (日間)

①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
	入院をした保険医療機関等	名 称	印		
		所在地			

国民健康保険課記入欄		・ 一般 ・ 高齢者		・ 新規 ・ 継続	受 付 者	
確 認 方 法	領収証等 証明書添付 給付記録					

1 ケ ガ (事故・労災)	第 三 者 担 当	
2 疾 病		

マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証の申請手続きなく、限度額を超える支払いが免除されます。

～マイナ保険証をぜひご利用ください～

