

限度額・食事

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	被保険者証 記号・番号	那国		
国 世帯主	氏名	印	電 話		
	個人番号				
	住 所	那覇市			
届 出 人	氏名		世帯主 との続柄		
	住 所		電 話		
認 定 者 対 象	氏名		生年月日	年 月 日	
	個人番号				
	世帯主 との続柄		年 齢	歳	男・女
	・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		