

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	
国保 世帯主	氏名			電話
	個人番号			
	住所	那覇市		
届出人 <small>(世帯主が来た 場合は省略可)</small>	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
<p>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。</p> <p>那 覇 市 長 宛</p>				

※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～

