

国民健康保険標準負担額減額認定申請書
 （国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書）

被保険者証記号番号		南さつま 0220001		
世帯主	氏名	南薩摩 太郎		世帯主の住所
	生年月日	M・T・S・H51年 1月 1日		
減額対象者	氏名	南薩摩 花子		被保険者との続柄
	生年月日	M・T・S・H52年 1月 1日		
		妻 (男・女)		

長期入院	該当・非該当		
申請日の前1年間の入院日数	平成22年9月1日から平成22年12月15日まで 106日間		
入院をした保険医療機関等	名称	南さつま 総合病院	
	所在地	南さつま市金峰町尾下1650番地	
申請日の前1年間の入院日数	から	まで	日間
入院をした保険医療機関等	名称		
申請日の前1年間の入院日数	から	まで	日間
入院をした保険医療機関等	名称		
申請日の前1年間の入院日数	から	まで	日間
入院をした保険医療機関等	名称		
申請日の前1年間の入院日数	から	まで	日間
入院をした保険医療機関等	名称		
申請日の前1年間の入院日数	から	まで	日間
入院をした保険医療機関等	名称		

申請日の前1年間で、住民税が課されていない期間中の入院期間が90日を超える場合には、その入院期間を記入してください。この場合は、入院期間を証明する書類（領収書等）を添付してください。

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険標準負担額減額認定証の交付を申請します。

鹿児島県南さつま市長 様

平成23年 3月 1日

申請者 住所 南さつま市加世田川畑2648番地
 氏名 南薩摩 太郎

決裁	課長	課長補佐	係長	係	イ 市町村民税非課税証明書	差額支給
					ロ 保護申請却下通知書	
					ハ 公簿（ 確認 印）	有・無
					ニ 却下（理由： ）	
					認定等年月日 平成 年 月 日	