

第7号様式（第9条関係）

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		
世帯主	氏名		世帯主の住所	南さつま市
	生年月日	M・T・S・H 年 月 日		
減額対象者	氏名		被保険者との続柄	(男・女)
	生年月日	M・T・S・H 年 月 日		

長期入院	該当・非該当			
	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		
		所在地		
	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		
		所在地		
	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		
		所在地		
	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		
		所在地		

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 年 月 日

申請者 住所  
氏名

印

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