様式第5号(第5条関係)

国民健康保険

標 準 負 担 額 減 額 限 度 額 適 用 限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

伊万里市長 様

⊣		Ħ
年	Н	

-									'	/1 H
被保険者の記号番号			_	個人番号						
世帯主	住 所	伊万里市	ĵ	町			į	番地		
	氏 名				電話	舌		_	_	
減額対象者	氏 名			生年月	日	,	年	月	日	男・女
	世帯主と	上の続柄	本人 ·	配偶者	·]	<u> </u>	その他	()
長期入院	該当・	非該当	適用区分	ア・イ・	ウ・	工•	オ・標準	• 低 I	・低Ⅱ・st	見Ⅰ・現Ⅱ
第三者行為	有	· 無								

* = =	こから下は長期入院該当者のみ記入してくだる	さい。	入防	2日数台	計	日	
	中共口の労りた明の入院中間(口料)		年	月	日から		
	中間日の削1年間の八阮期間(日数)		年	月	日まで	日間	
(1)	3 停むした伊隆医療機関笠	名 称					
	八尻をした休侠医療機関寺	所在地					
	由誌日の前1年間の7時期間(日粉)		年	月	日から		
(a)	中請日97則1 牛间97八阮朔间(日剱)		年	月	日まで	日間	
	3 院をした保険医療機関ダ	名 称					
	八元をした休庾医療機関寺	所在地				から まで 日間 から す から す から す の う で 日間	
	由誌日の前1年間の入院期間(日粉)		年	月	日から		
(2)	中間日97則1 中间97八匹朔间(日 剱)	(日数) 年月日まで目間 名称 所在地 (日数) 年月日から日まで日間 (日数) 年月日から日まで日間 (日数) 年月日から日まで日間 (日数) 年月日から日まで日間 (日数) 年月日から日から日から日から	日間				
(3)	① 入院をした保険医療機関等 名称 所在地 ② 申請日の前1年間の入院期間(日数) 年 月 日から 年 月 日まで 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日						
	八尻をした床灰区原機関寺	所在地			日から 日まで 日間 日から 日まで 日間 日から 日まで 日間		
	中建口の前1年間の1時期間(口粉)		年	月	日から		
	中間口切削工中间以及防期間(日数)		年	月	日まで	日間	
4)	プロシーを保険医療機関学	名 称					
	八元としに休沢区原筬渕守	所在地					

課長	副課長	係 長	係

認定	確認
	 公簿 市民税非課税証明書 保護申請却下通知書 その他

交付	点検	受付

本人確認方法:運転免許証・個人番号カード・資格確認書・その他(

番号確認方法:個人番号カード・住民票の写し等・住基または標準システム

	《来庁者》	
▶本人		
世帯主・対象者		
▶同一世帯		
<u>氏名</u>		
▶別世帯		
住所		
<u>氏名</u>		
電話	世帯主との続柄	

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える 医療費の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。

国保税滞納の有無	(有	•	無)					
申請者の世帯確認	(=	<u> </u>	- 別)					
区分才、低Ⅱの場合									
長期該当者の入院日	数確認	ζ (該当	• 非該当)					
非課税世帯継続確認	※ 7 月	月以前(の入院	日数を含む場合	(継続	•	新規)
交付方法 (窓口	•	郵送)						