

# 国民健康保険限度額適用認定申請書

第 号

被保険者証記号番号	記号	13	番号	123456	
世帯主 (組合員)	住所	長崎県松浦市志佐町里免365番地			
	氏名	松浦松之助	生年月日	昭和45年1月1日	男
適用者	氏名	松浦はな子	生年月日	平成8年3月3日	女
	世帯主(組合員)との続柄	子			
長期入院	該当・非該当	世帯主 個人番号	123456789123	対象者 個人番号	987654321987

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から
<b>記入例</b>		
<b>世帯主・対象者の氏名等の記入をお願いします。</b>		
②		
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地

令和 年 月 日

市区町村長が 証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主(組合員及びその世帯に属する被保険者に 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。  長崎県松浦市長 様
-----------------	---

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

処理欄 令和 年 月 日 発送先 自宅・その他 ( )