

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

記号番号		長国保		
世帯主	氏名		世帯主の住所	
	生年月日			
減額対象者	氏名		世帯主との続柄	世帯主
	生年月日			

長期入院	該当・非該当			
1	申請日の前1年間の入院日数	～		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			
	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			
	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			
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
発病または負傷の理由		1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）		

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。

年 月 日

鹿児島県出水郡長島町長  
様

住所  
申請者 氏名

(印)

決裁	課長	課長補佐	係長	係	認定等	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) )	
						ニ 却下 (理由: )	
						認定等年月日 H. 年 月 日	