

<input type="checkbox"/> 限度額適用 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額	佐賀市国民健康保険 認定申請書
--	-----------------

_____年 ____月 ____日

佐賀市長 様
 次のとおり申請します。

被保険者証 記号番号		住 所
世帯主名	カガナ	電 話 () —
	個人番号	
	年 月 日生	

限度額適用 (減額対象)者氏名	カガナ
	氏名
	個人番号
	年 月 日生

※ここからは長期入院該当者のみ記入				入院日数合計 (日間)		
①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～		年 月 日 (日間)		
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所 在 地				
②	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～		年 月 日 (日間)		
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所 在 地				
③	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～		年 月 日 (日間)		
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所 在 地				
長期認定日	年 月 日	前年度	課・非	91日目	年 月 日	

特記事項：

★職員使用欄 受付 () 通常 ・ 再交付 ・ 長期再申請

資格取得	年 月 日	滞 納 状 況	無・確認済	前期課税状況確認 <input type="checkbox"/>
発効期日変更	有 ・ 無	差 額 支 給	あり ・ なし	
発効期日	年 月 日	交 付 日	年 月 日 窓 ・ 〒	
有効期限	年 月 日	申請者確認 <input type="checkbox"/>	認定証番号 号	
適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 標		通常 ・ 退→一 ・ 70歳到達 ・ 後期	
	現役並みⅠ ・ 現役並みⅡ ・ Ⅰ ・ Ⅱ		第 三 者	