

様式第 10 号の 2 (第 21 条の 2 関係)

限 度 額 適 用
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		宜国	申請年月日	年 月 日	
世帯主	住 所	宜野湾市			
	氏 名			電話番号	
				個人番号	
届出人	住 所			世帯主 との続柄	
	氏 名			電話番号	
対象 被保険者	氏 名			世帯主 との続柄	
	生年月日	昭・平	年 月 日	男 ・ 女	
	個人番号				
長期入院	該 当 ・ 非 該 当		第三者	該 当 ・ 非 該 当	

※ ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。

長期入院該当年月日		年 月 日	入院日数合計	日
①	申請日の前 1 年間の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 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 年間の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 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 年間の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所在地		

処理欄	確認方法	イ 市町村民税非課税証明書	・ 一般 ・ 退本 ・ 退扶	
		ロ 公簿(市町村民税課税台帳)		担当者
		ハ その他 ()		