

限度額適用

国民健康保険

標準負担額減額

認定証交付申請書

限度額適用・標準負担額減額

課長	主任	係員

被保険者記号・番号	
-----------	--

世帯主	氏名		世帯主の住所
	生年月日		
	個人番号		
減額対象者	氏名		世帯主との続柄
	生年月日		適用区分
	個人番号		交通事故等の 第三者行為

	長期入院	(該当 ・ 非該当)	
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)		から まで 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年間の入院期間(日数)		から まで 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年間の入院期間(日数)		から まで 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年間の入院期間(日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	
備考			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所
申請者 個人番号
氏名
電話番号

守口市長様