

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	(有 ・ 無)

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