

国民健康保険
 限度額適用
 食事療養標準負担額減額
 限度額適用・標準負担額減額
 認定申請書

被保険者記号・番号		—		一般 ・ 退職	
世帯主	住所				
	氏名		生年月日		
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日		
	世帯主との続柄		個人番号	適用区分	
長期入院	該当 ・ 非該当				ア・イ・ウ・エ・オ
交通事故等の第三者行為		有 ・ 無			
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)		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(日数)		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(日数)		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					

上記のとおり申請します。

年 月 日

(あて先)本庄市長

世帯主 住所 _____
 氏名 _____
 個人番号 _____
 電話番号 _____

来庁者	氏名	電話番号
-----	----	------

※住民登録地以外に送付を希望される場合は、御記入ください。

送付先	住所 〒	
	氏名	電話番号

市処理欄	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ	有効期限	年 月 日
	滞 納	有 ・ 無	長期該当年月日	年 月 日
	本人確認書類	被保険者証・マイナンバーカード・運転免許証・その他 ()		