適用区分

本人確認書類

納

滞

市処理欄

限度額適用

国民健康保険 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	R 険者記	号・番	号													
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							
長期入院						該当 · 非該当							適用区分			
	交通事故等の第三者行為							有	•	無			ア・イ	・ウ・	工•	オ
	申請日	申請日の前1年間の入院期間(日数)								年年	月月	日から 日まて			日間	
1	入院をした保険医療機関等			名	称											
				所有	生 地											
	申請日の前1年間の入院期間(日数)								年 年	月 月	日から 日まて			日間		
2					名	称			<u>'</u>		1, 3,	•		1.1.3		
	人院を	入院をした保険医療機関等 -				所る	生 地									
	申請日	請日の前1年間の入院期間(日数)								年年	月 月	日から 日まて			日間	
3	1 贮え	入院をした保険医療機関等				名	称									
	八州でした休民公ぼ協民寺					所有	生 地									
上記(のとおり	申請し	します	۲,												
	_ , ,		,	Ü										年	月	日
(あて	先)本庄	市長														
							†	世帯主	住所	ŕ						
										、番号						
									電話	番号						
来庁	来庁者 氏名										電話番	\$号				
※住」	民登録地	以外に	こ送ん	すを希望	される場合	は、御	記入く	ださい。								
送付	住住	折 〒														
	先 氏名										電話番	子号				
											l					

ア・イ・ウ・エ・オ

無

マイナンバーカード ・ 運転免許証 ・ その他 (

有 •

有 効 期 限

長期該当年月日

年

年

月

月

日

日

)