

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・エ・オ	
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		
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		
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		

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	マイナンバーカード ・ 運転免許証 ・ その他（ ）		