限度額適用

国民健康保険 限度額適用·標準負担額減額

認定申請書

被伊	R 険者記	号・番	号														
Ш	# +	住	所														
世帯主		氏	名					生年	月日								
限度額適用		氏	名					生年	月日								
減額	減額対象者		Eと	の続柄				個人	番号								
		長其	朔入	院				該当	i • i	非該当	á		適	用区分			
減額対象者 世帯主との続柄 長期入院 交通事故等の第三者行為 申請日の前1年間の入院期間(日数)								有	·	無			低I·低	Ⅱ・現Ⅰ・	•現Ⅱ		
1	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 日まで		日間			
	入院をした保険医療機関等				名	称											
					所	在 地			<i>F</i>		H 2 A						
	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 日まで		日間			
2	1 100 ナ. 1 キ. 10 100 に 広場 8目 65				名	称											
	八阮を	八阮をしに休陕医燎機関寺				所	在 地										
	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 日まで		日間			
3	入院を	入院をした保険医療機関等				名	称										
	所在地					在地											
	記のとま oて先)本			きす。									年	月	日		
								. III. X	N								
							世	带主									
									氏名	正口.							
									個人電話								
4.4	- +v rr										≕ಎ್ನ ⊓						
来方			~~ .	~	()			22.6			電話番号	*					
※住		型以外に 所 〒		丁を希望	される場合	は、征	即記人く	ださい。)								
送付	∱先 ├──										電 紅乗旦						
	尺章	氏名									電話番号						

	適用	区 分	低I·但	EⅡ・現 I	・現Ⅱ	有 効 期	限		年	月	日
市処理欄	滞	納	有	•	無	長期該当年	月日		年	月	日
	本人確認	書類	マイナン	ノバーカー	-ド・	運転免許証	· そ	の他 ()