

様式第3（第6条、第10条の2、第11条関係）

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

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		個人番号		
	世帯主との続柄		生年月日		
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為		有・無	
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。			入院日数合計（ 日間）		
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					
④	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					
⑤	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					

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

年 月 日

住 所 _____
 世帯主名 _____
 （申請者） _____ 個人番号 _____
 電話番号 _____

安城市長