

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		1 2 3 4 5 6 7 8			
世帯主	住所	安城市桜町18番23号			
	氏名	安城 一郎	生年月日	昭和55年5月5日	男
限度額適用	氏名	安城 花子	個人番号	109876543210	
減額対象者	世帯主との続柄	妻	生年月日	昭和56年6月6日	女
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			

記入しないでください

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。

〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 安城市桜町18番23号

世帯主名

(申請者) 安城 一郎 個人番号 123456789101

電話番号 0566-76-1111

安城市長