限度額適用認定証

国民健康保険　　　　　標準負担額減額認定証　　　　　交付申請書

限度額適用・標準負担額減額認定証

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  | 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 |  |
| ② | 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 |  |
| ③ | 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 |  |
| ④ | 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 |  |
| ⑤ | 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 |  |

上記のとおり交付申請します。

#  年 月 日

 住所

 申請者氏名

個人番号

つがる市　様　　　　　　　　　　　　　　電話番号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 受付 |  |
|  |  |  |  |  |