## 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・標準負担減額

被伐	保険者記号	・番号 								
	世帯主	住 所					1.6-11.1	l to		
		氏 名					生年月日	年	月	日
	度額適用	氏 名		1			個人番号			
減額対象者 世帯主との続柄				tt al.		生年月日	年	月	日	
長	期入	院					至通事故等	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			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)				上 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	+	力 	н ж С			
	THE CIT PROPERTY OF THE PROPER				所在地					
3	申請日の前	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	た保険医療	幾関等		名 称 所在地					
4	申請日の前	前1年間の	入院期間	(日数)	// IZ2E	年		日から		日間
	コ 17ウナ. ) J				名 称	年	月	日まで		
	入院をした保険医療機関等				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						
   上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付					がを申請し	 ます。		 年	 月	月
住	所 _									
世帯主名 (申請者)							個人都	香号		
電	話番号 _		安芸市長		殿					
ζЛ	読	ロ 保護 ハ 公簿	「村民税非 養申請却下 註 (				)	受付番号(第 交付番号(第 認定等年月日		号) 号)
		_ A1	,		عد ، <i>ا</i> د مصر مط	Int Mt. 4:	)	年 4 4 4 15 78 4 7 7 5 7 5 7 5		日
	差	額支給有	· #	( ) 食	事療養費	'標準負	担額差額因	支給台帳発行番号	子(第	号)