

**限度額適用**  
**国民健康保険**      **標準負担額減額**      **交付申請書**  
**限度額適用・標準負担額減額**

被保険者証記号番号		四国中央		
世帯主	氏名		世帯主の 住所	愛媛県四国中央市
	生年月日			
	個人番号			
限度額適用 減額対象者	氏名		世帯主との 続柄	
	生年月日			
	個人番号			
長期入院		( 該当・非該当 )		
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		から	日間
			まで	
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		から	日間
			まで	
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		から	日間
			まで	
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険（限度額適用）標準負担額減額認定証の交付を申請します。

年 月 日

愛媛県四国中央市長      篠原 実 様

申請者 住 所

氏 名

電 話    (            )            -

職員 記入欄	交付番号		本人確認	免許証・マイナンバーカード・その他 (            )
	受付担当者		取得事由	第三者行為 (交通事故等) ・ その他