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  まで | | 日間 |
| 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  まで | | 日間 |
| 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  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 |