

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号		奈 9											
世帯主	氏 名											世帯主の住所	
	生年月日												
	個人番号												
対象者	氏 名											世帯主との続柄	(男 ・ 女)
	生年月日												
	個人番号												交通事故等の 第三者行為

長期入院		(該当 ・ 非該当)											
1	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											
	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

住 所

申請者 個人番号

氏 名

奈良県生駒市長 小紫 雅史 様

電話番号

市 町 村 処 理 欄	認 定 方 法	イ. 市町村民税非課税証明書 ロ. 保護申請却下通知書 ハ. 公簿 () ニ. 却下 (理由:)	受理番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 年 月 日
	差 額 支 給	有 ・ 無	標準負担額差額支給申請台帳発行番号 (第 号)