

国民健康保険

限度額適用  
標準負担額減額  
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

被保険者証番号					
世帯主	住所				
	氏名		個人番号		男・女
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭・平 年 月 日	男・女
	世帯主との続柄		個人番号		
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)	平成 年 月 日から 平成 年 月 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)	平成 年 月 日から 平成 年 月 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)	平成 年 月 日から 平成 年 月 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)	平成 年 月 日から 平成 年 月 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、認定証の交付を申請します。

平成 年 月 日

〒 \_\_\_\_\_

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

身延町長 殿

市町村 記入欄	所得区分		交付年月日	平成 年 月 日	受付	印
	受付年月日	平成 年 月 日	有効期限	平成 年 月 日		