

# 記入例

## 国民健康保険限度額適用等認定申請書

被保険者証	00999999	お持ちの保険証上段の「記号番号」を記入してください。	
世帯主の氏名等を記入してください。	大府市●●町▲丁目▼番地		
	大府 太郎	生年月日	昭和●年◆月◆日 (男) 女
個人番号	1234 5678 ×××9	交付を希望される方の氏名等を記入してください。	
減額対象額適用者用	氏名	大府 花子	
	個人番号	1234 5678 ×××5 生年月日 昭和●年▼月▼日 (男) 女	
	世帯主との続柄	妻 長期 □該当 年 月 日 非該当	
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)	世帯主及び交付を希望される方の個人番号が分からない方は、別紙「個人番号確認同意書」の記入をお願いします。	
	入院をした保険医療機関等		
2	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 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)	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)	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
5	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
上記のとおり関係書類を添えて申請します。			
令和2年▲月▲日			
世帯主の氏名等を記入してください。		世帯主 住所	大府市●●町▲丁目▼番地
		氏名	大府 太郎 (印)
		電話番号	0562-45-×××9
大府市長 殿		押印をお願いします。	