

再交付

国民健康保険限度額適用等認定申請書

被保険者証 記号番号					
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	年	月 日
	個人番号				
減 額 限 度 対 象 適 者	氏名				
	個人番号		生年月日	年	月 日
	世帯主との続柄	長期入院	<input type="checkbox"/> 該当 年 月 日		
			<input type="checkbox"/> 非該当		
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	年間
	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)	年	月	日から	日間
2	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)	年	月	日から	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)	年	月	日から	日間
4	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	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。					
年 月 日					
世帯主 住所					
氏名					
電話番号					
大府市長 殿					