

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	男・女
	個人番号				
減 額 限 度 対 象 適 用 者	氏名				
	個人番号		生年月日	年 月 日	男・女
	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 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)	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)	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			
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。 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 世帯主 住所 氏名 電話番号 </div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> </div>					
大府市長 殿					