

様式第5号（第14条関係）

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書 兼 入院日数届出書
国民健康保険限度額適用認定証交付申請書

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										
限度額適用 減額対象者	氏名					生年月日	年	月	日	男・女	
	個人番号										
	世帯主との続柄					電話番号	() —				
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）				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								

上記のとおり申請します。 本人確認 免許証・その他 ()

年 月 日

竹原市長 様