

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

個人番号確認	有・無
本人確認（本人・代理人）	有・無
代理権確認	有・無
備考（	）
システム確認	☐ 職権記載 ☐