限度額適用

国民健康保険 標準負担額現額

認定申請書

限度額適用·標準負担額減額

被保険者記号・番号				<u> </u>						
住所										
世帯主		氏 名				生年月日	年	——— 月	日	
限度額適用		氏 名				個人番号	'			
		世帯主との終				生年月日	年	 月	月	
長期入院 該当・非			丰 該 当	交		第三者行為	有	•	無	
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。							入院日数合計	+ (日間)
1)	申請日の前1年間の入院期間(日数)				年 年	月 月	日から 日まで			日間
	入院をした保健医療機関等		名 称	'		11.01.1				
			所在地							
2	申請日の前1年間の入院期間(日数) 入院をした保健医療機関等			年	月	日から			日間	
				年	月	日まで				
			名称							
			所在地	年		ПАС				
3	申請日の前1年間の入院期間 (日数)			年	月 月	日から 日まで			日間	
	入院をした保健医療機関等		名 称			пъс				
			所在地							
4	中きロの会1 左眼の1 吟地眼 (ロ粉)			年	月	日から			日間	
	申請日の前1年間の入院期間(日数)				年	月	日まで			
	入院をした保健医療機関等		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	
			to the	年	月	日まで				
	入院をした保健医療機関等			名 称 所在地						
							年	Ξ	月	日
住	所									
世帯主名										
	(申請者)						人番号			
電話番号										
美深町長 殿							五月五日 /歴			П
イ市町村民税非課税証明認口保護申請却下通知書定外理欄等ハ公簿(音		-	受付番号(第 交付番号(第			号) 号)	
処	·理欄 気	と と 公簿	(1	認定等年月日			.37
ニュニ カード は 理由)	年		月	日
	差	額支給有	· 無	食事療養費標	票準負担	且額差額支給	合台帳発行番号	(第		号)