

国民健康保険 限度額適用
 食事療養（生活療養）標準負担額減額 認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号		—			
世帯主	住所				
	氏名				
	個人番号				
対象者	氏名				
	世帯主との続柄		生年月日		
	個人番号		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			
刈谷市長		令和 年 月 日			
		世帯主 氏名 _____			
		電話 (_____) _____			

処理欄	若年	ア・イ・ウ・エ・オ
	高齢	現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ

第三者行為の有無
有 ・ 無

受付
