国民健康保険 限度額適用 認定申請書 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

被保険	者 番 号							
世帯主	氏 名							
	生年月日			世帯主の住所	F			
	個人番号							
限度額適用 減額対象者	氏 名							
				── 世帯主との続札	丙			
	個人番号							
	 引入 院	(該	 当 ・ 非該当)				
申請日の前1年間の入院期間(日数				,		から		
7 19 1						まで	日間	
入院を	した保険医療機	幾関等	名称 所在地					
	の分すた明のこ					から		
申請日の前1年間の入院期間(日数			T			まで	日間	
入院を	した保険医療機	幾関等	名称				日 日 日 日 日 日 月 月 月 日<	
			所在地			から		
申請日の前1年間の入院期間(日数			汝)			まで	日間	
入院をした保険医療機関等		*************************************	名称					
7 (1)11 C		×121 11	所在地			, >		
申請日の前1年間の入院期間(日数			汝)			から まで	日間	
オパウナ	17ウナーナル70万年後		名称					
入院をした保険医療機関等			所在地					
申請日の前1年間の入院期間(日数			效)			から まで	日間	
1 17++	入院をした保険医療機関等					- 5 (17117	
八阮を								
上記のとは	おり関係資料を	添えて国民健康	長保険 (限度額	適用)標準負	担額減額認	定証の交付を	申請します。	,
								
•	年 月	日	111 -111- X	住 所				
三原市長 様			世帯主	т 4				
			(申請者)	氏 名				
			(個人番号中華化理学	57			
			(申請代理者名電話番号	Ď () –		
1				电印笛グ		, –		
		民税非課税証			受理番号	(第	号)	
市町村 定 方		ロ. 保護申請却下通知書 ハ. 公募(,	交付番号	第	号 ,)
71 TH 18	カーハ. 公券 (去 ニ. 却下 ()	認定等年月	年	H	口
		右・無	煙 進	痴士公山 洼 /	小柜双行来上			<u>7</u> 日