

食事療養標準負担額減額
 国民健康保険 限度額適用 認定証交付申請書
 限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号番号	—					
適用・減額 対象者	氏名			生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄			個人番号		
長期入院	該当・非該当					
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ					
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から			日間	
		年 月 日まで				
	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			日間	
		年 月 日まで				
	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			日間	
		年 月 日まで				
	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			日間	
		年 月 日まで				
	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			日間	
		年 月 日まで				
	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。

令和 年 月 日

世帯主 住 所 西尾市

氏 名

電話番号

個人番号

（宛先）西尾市長