　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第三者行為の有無（　有　・　無　）

　　　　　　　　　　　　　　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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | | | － | | |  | | | | | |
| 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 |  |  |