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 |  | 　 |