

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