

様式第8号 (第22条、第25条関係)

限 度 額 適 用
国民健康保険 標 準 負 担 額 減 額 認 定 申 請 書
限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号・番号				資格区分	一般 ・ 退職
世帯主	氏名			世帯主の住所	
	生年月日				
限度額適用 減額対象者	氏名			世帯主との続柄	
	生年月日			個人番号	
長期入院	該当・非該当	91日目	年	月	日
				該当年月日	年 月 日
申請日の前1年間の入院期間(日数)				年 月 日から	
				年 月 日まで	日間
入院をした保険医療機関等		名			
		所在地			
発病又は負傷の理由		1 : 第三者行為 (交通事故等) 2 : その他 (自損事故・疾病等)			
<p>上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証等の認定を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(宛先) 紀の川市長</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">個人番号</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>					