

限 度 額 適 用 認 定 証
国民健康保険 食 事 療 養 標 準 負 担 額 減 額 認 定 証 交 付 申 請 書
限 度 額 適 用 ・ 標 準 負 担 額 減 額 認 定 証

(宛先) 山 形 市 長
 次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
被保険者証の記号・番号		山 ・ — (枝番)	
世 帯 主	住 所		
	氏 名	電 話 ()	
交 付 対 象 者	氏 名	世帯主との続柄	
	生年月日 ・ .	個人番号 (12桁)	
交通事故等の第三者行為の有無		有 ・ 無	

【長期入院】 申請日の前1年間の入院日数が90日を超える場合 (減額認定を受けてからの入院日数)

1	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 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 年 月 日まで	日間
	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 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	

※山形市記入欄

区 分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ	長期入院	該当 ・ 非該当
	低Ⅱ ・ 低Ⅰ ・ 現Ⅱ ・ 現Ⅰ	備 考	