

様式第4号

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	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			

※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	