国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

	住 所								申請との関					
届出者	氏 名								連絡(電話	先				
	П 4					H. Fr		1 17				П	Ħ	
対象者	氏 名 個人番号					生年	月日	哨	₹•平	年	月	日	男 •	女
	世帯主との総	書価				Ve	北方音区	定		該当	•	=	启 农业	
	被保険者記号				減額認定 				該当	・ 非該当・ 非該当				
					以 炒 1八小兀					7日久ヨ				
※ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。						入院日数合計(日間)		
1	申請日の前1年	平成	年	月	日	\sim	平成	年	月	目	(日	間)	
	入院をした例	名 称												
	7 4962 0707	所在地												
2	申請日の前1年	平成	年	月	日	\sim	平成	年	月	日	(日	間)	
	入院をした例	名 称												
	7 4 50 C 07 CP	所在地												
3	申請日の前1年	年間の入院日数	平成	年	月	日	\sim	平成	年	月	日	(月	間)
	入院をした例	名 称												
	7 4962 0101	所在地												
4	申請日の前1年	平成	年	月	日	\sim	平成	年	月	日	(日	間)	
	入院をした係	名 称												
	7 4962 0707	所在地												
5	申請日の前1年	年間の入院日数	平成	年	月	日	\sim	平成	年	月	日	(日	間)
	入院をした例	名 称												
	74962 0100	所在地												
上記のとおり関係書類を添えて、申請します。														
	年	月	日											
			\	住	所	高	鍋町	大字						
			世帯主											
				氏	名									
個人番号														
高鍋町長殿														
,	•													