## 食事(生活)療養標準負担額減額

国民健康保険

限 度 額

適 用

証交付申請書

限度額適用 · 標準負担額減額

初	安保険者記	TA/Z IIX		ルーノ	1,1	- (I)	一般		退本	退扶			
限月	要額適用	氏 名											
減額対象者 個人番号 生年月日							世帯主との続柄		)続柄				
		年	月		日								
交通事故等の第三者行為					有	• 4	無			適用区	分	低所得 低所得	
フ	、院(予定)	保健医療機											
ノ	、院 (												
長 期 入 院				該当	<ul><li>非該量</li></ul>	当				年	月日	∃から	
1)	申請日の前1年間の入院期間 入院をした保険医療機関等			(日数)		•		年	月	日か	·6		日間
								年	月	日ま	で		
					名								
			別	在地		/ <del></del>		п.2.	خ				
2	申請日の前1年間の入院期間 入院をした保険医療機関等			(日数)				年	月	日か			日間
								年	月	日ま	で		
					名								
3	申請日の前1年間の入院期間				別	在地		年	 月	 日か	٠, کـ		
				(日数)				年	月月	ロル 日ま			日間
	入院をした保険医療機関等				名	 · 称		+		ΗД			
						· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·							
					171	11775		年	 月	 日か	ĥ		
	申請日の前1年間の入院期間			(日数)				年	月	日ま			日間
4			名	 , 称		'							
入院をした保険医療機関等					-	所在地							
	<u> </u> 上記のとお	り申請しま	す.		///	11270							
上記のとおり申請します。 また、資格認定のために公簿により確認されることについても同意します。													
令和 年 月 日													
(宛先)弥富市長													
住所													
世帯主   氏 名													
				個人	.番号								
電話番号													
公	<b>簿 確 認</b>		区分ア	区分イ	区分ウ	区分二	r. [	区分オ	現役並	<b>ヹみⅡ</b>	現役並み	I 低Ⅱ	低 I
認	 定証交付日			 年	<u> </u>		月			日			
	か 期 間		 禾n - 4		日	1 🗆 7		△	 > 禾□		E 7	7 日 31 日 년	とで