第11号様式（第12条関係）

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

被保険者記号・番号			一般　退本　退扶	
限度額適用減額対象者	氏　名		世帯主との続柄	
	個人番号			
	生年月日	年　月　日		
交通事故等の第三者行為	有　・　無		適用区分	低所得　Ⅰ 低所得　Ⅱ
入院（予定）保健医療機関等名				
入院（予定）期間				
長期入院	該当・非該当	年　月　日から		

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	
④	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	

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

世帯主
住　所
氏　名
個人番号
電話番号

公簿確認		区分ア　区分イ　区分ウ　区分エ　区分オ　現役並みⅡ　現役並みⅠ　低Ⅱ　低Ⅰ
認定証交付日	年　月　日	
有効期間	令和　年　月　１日から　令和　年　７月31日まで	