## 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				10001234				一彤	ī. X	退本	退	夫
7F F	度額適用	氏 名	弥富 一郎									
		個人番号	0	1234567	8×××		世帯主との続柄			子		
減額対象者		生年月日	昭利	150年	10月 1	日						
交通事故等の第三者行為			有・無			海田区		·/\	低所	得 I		
X	で 囲 争 似っ	守り第二年	有・無			適用区分		·刀	低所	得Ⅱ		
入院(予定)保健医療機関等名												
ス	、院(	予 定 )										
長期入院			該当	・非該当				年	月	目から		
	申請日の前1年間の入院期間(日数)			(口粉)			年	月	日カ	16		日間
1				(日剱)			年	月	日ま	で		口印
	入院をした保険医療機関等				名	称	○○○病院					
					所名	王地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地					)番地
	申請日の前1年間の入院期間(日数)			(口粉)			年	月	日カ	16	日間	口間
2				(口釵)			年	月	日ま	で		口 [目]
	入院をした保険医療機関等				名	称						
					所名	王地						
	申請日の前1年間の入院期間(			(口粉)			年	月	日カ	16		日間
3				(口釵)			年	月	日ま	で		口旧
	入院をした保険医療機関等				名	称						
					所名	王地						
4	申請日の前1年間の入院期間(			(日数)			年	月	日カ	16	⊢ BE	
							年	月	日ま	きで		日間
	入院をした保険医療機関等				名	称						
					所名	王地						
	L 上記のとお	り申請しま <sup>、</sup>	 す。		1		1					
	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。											
											4 FI	1 🗆

令和 6年 4月 1日

(宛先) 弥富市長

世帯主

住 所 弥富市前ケ須町南本田335番地

氏 名 弥富太郎

個人番号 123451234×××

電話番号 0567-65-1111

公簿確認		区分ア	区分イ	区分ウ	区分工	区分才	現役並みⅡ	現役並み	Ⅰ 低Ⅱ 低Ⅰ
認定証交付日			2	年	,	月	日		
有 効 期 間	<del>-</del>	和	年	月	1日か	ら f	介和	年 7	7月31日まで