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		10001234	一般　退本　退扶	
限度額適用減額対象者	氏　名	弥富　一郎	世帯主との続柄	子
	個人番号	012345678×××		
	生年月日	昭和50年　10月　1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	○○○○病院
		所在地	○○県○○市○○町○○丁目○○番地
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　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	