

様式第 8 （第 8 条関係）

国民健康保険

限度額適用・食事療養標準負担額減額認定証
食事療養標準負担額減額認定証

限度額適用認定申請書
交付申請書

東浦町長

年 月 日

申請者 氏 名
(世帯主)

住 所

電 話 番 号

次のとおり申請します。

被保険者記号・番号				
限度額適用 減額対象者	氏 名		個人 番号	
	生年月日	年 月 日		
	世帯主との続柄			
長 期 入 院 ※		該当・非該当	日 間	
①	申請日の前 1 年間の入院期間	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	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	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	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		
町長が確認する欄		保険税の未納の有無	有・無	
		適用区分 (70歳以上)		

※ 長期入院の項目は、国民健康保険限度額適用・食事療養標準負担額減額認定証又は国民健康保険食事療養標準負担額認定証の交付申請時のみ記入してください。