

様式第8（第8条関係）

限度額適用認定証
 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 交付申請書
 食事療養標準負担額減額認定証

年 月 日

東浦町長

申請者 氏 名
 （世帯主）

住 所

電 話 番 号

次のとおり申請します。

被保険者証記号番号			
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)	ア イ (現Ⅱ) ウ (現Ⅰ) エ オ (低Ⅰ・低Ⅱ)

※ 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減額認定証の交付申請時のみ記入してください。