## 限 度 額 適 用 国民健康保険 食事療養(生活療養)標準負担額減額 認定申請書 限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号・番号																
世	帯	主	住	所												
			氏	名												
			個人看	番号												
対 2	象	者	氏	名												
			世帯との総	主					生月							
			個人都						長入		該	当	•	非	該	当
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)						年		月		日カ				間	
	(口奴)					名	称	年 		月 		日ま	· · ·			
	入院をした保険医療機関等						- ^/\- 生地									
	   申請日の前1年間の入院期間					7711		_ <u></u> 年	:	月		 日カ	いら			
	(日数)							年		月		日ま				間
	入院をした保険医療機関等					名	称									
	八四世の下下下四次以内寸					所	生地									
	申請日の前1年間の入院期間 (日数) 入院をした保険医療機関等							年 年		月 月		日た 日ま				日間
3						名				/ 1		μσ				
						-										
	申請日の前1年間の入院期間 (日数) 入院をした保険医療機関等								:	月		 日カ	いら			
4								年	:	月		日ま	そで			日間
						名										
						所	生地	<u> </u>								
5	申請日の前1年間の入院期間 (日数) 入院をした保険医療機関等							年 年		月 月		日た 日ま				日間
						名	称									
	人所をした保険と			区	<b></b>		生地									
刈谷市長									令和	年		月		日		
						世科	带主	氏名_								
								電話_								

処理	若高	年	ア・イ・ウ・エ・オ
欄	高	齢	現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ

第三者行	亍為	の有無
有	•	無

受付