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			
	個人番号			
対象者	氏名			
	世帯主との続柄		生年月日	
	個人番号		長期入院	該当・非該当

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	
		所在地	
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	
5	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	

刈谷市長　　令和　年　月　日

世帯主　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話（　　）　　―

処理欄		
	若年	ア・イ・ウ・エ・オ
	高齢	現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ

第三者行為の有無
有・無

受付