

本人確認処理欄

免 許	バ ス	住 基	保 険	身 障	年 金	開 取	個 人	在 力

第2号様式の3(第9条の3関係)

受付印

限 度 額 適 用
大垣市国民健康保険 標 準 負 担 額 減 額 認 定 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														
限度額適用 減額対象者 の 氏 名							世帯主 と の 続 柄				生年 月 日	年 月 日		
個人番号														
長期入院の該当・非該当							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								
第三者行為による傷病							あ り ・ な し							
上記のとおり申請します。														
年 月 日														
世帯主 住所														
氏名														
個人番号														
電話														
大垣市長 様														