第2号様式の3(第9条の3関係) 受付印

1 2 11 11 11 11 11 11										
免	パ	住	保	身	年	聞	個	在		
許	ス	基	険	障	金	取	人	カ		

限度額適用大垣市国民健康保険標44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												
限度減額	額適用 対象者 氏 名				世と続	帯主 の 柄			年日	年	月	Ħ
個人番号					ЛУЦ	.11.1		/,	H [			
長期入院の該当・非該当					i	亥	当	•	非	該	当	
	申請日の入院期	前1年間(日	間 の 数 )			年 年	月 月	日かり 日ま <sup>*</sup>			日間	
1	入院をした保険医療機関等				称 生地							
	申請日の前1年間の 入院期間(日数)		/211		年年	月 月	日から 日まで			日間		
2				名	称							
	入院をした保険医療機関等				生地							
3	申請日の入院期	前 1 年 間 ( 日	間 の 数 )			年 年	月 月	日かり 日ま <sup>*</sup>			日間	
	入院をした保険医療機関等				称							
申請日の前1年間の			所不	玍地	年	П	ПЭЛ	`				
	一円頭口の		数 )			年	月 月	日かり 日ま <sup>*</sup>			日間	
4	入院をした保険医療機関等			名	称							
					玍地							
	申請日の入院期		間 の数 )			年 年	月 月	日かり 日ま <sup>*</sup>			日間	
5	入院をした保険医療機関等			名	称							
	, ,,,,			所不	生地							
	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												
十 万 日			世帯主	帯主		住所						
					個	人番号						
大垣市長様						電記	活					