

本人確認処理欄

免 許	バ ス	住 基	保 険	身 障	年 金	開 取	個 人

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			性 別	男 ・ 女			
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									
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住所 氏名 (印)</p> <p>個人番号 <input type="text"/></p> <p>電話</p> <p>大垣市長 様</p>												