

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 <span style="float: right;">(印)</span></p> <p>個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>電話</p> <p>大垣市長 様</p>																									