

第38号様式

国民健康保険限度額適用・食事療養標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号				一 般 退 職 本 人 退 職 被 扶 養 者	
減額対象者	氏 名			男 ・ 女	
	個人番号			世帯主との続柄	
	生年月日	S・H・R	年 月 日		
	長期入院	該当 ・ 非該当	長期入院該当の場合のみ以下へ記入してください		
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					

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・食事標準負担額減額認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日
沼 津 市 長

申請者 住 所 沼津市
(世帯主)

氏 名 ㊟

個人番号

電話番号 — —