

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		1 1 1 2 2 2 3			一 般 退 職 本 人 退 職 被 扶 養 者
減額対象者	氏 名	国保 花子		男 女	
	個人番号	郵送の場合、マイナンバーの記入は不要です。			
	生年月日	S・H・R	〇〇年〇〇月〇〇日	世帯主との続柄	
	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	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	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	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	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	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 〇〇年 〇〇月 〇〇日  
 沼 津 市 長

申請者  
 (世帯主)

住 所 沼津市〇〇町〇〇番〇〇号

氏 名 国保 一郎



個人番号 郵送の場合、マイナンバーの記入は不要です。

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇