

様式第9号(第11条関係)

東近江市長 様

年 月 日 申請

国民健康保険 限度額適用  
標準負担額減額 認定申請書  
限度額適用・標準負担額減額

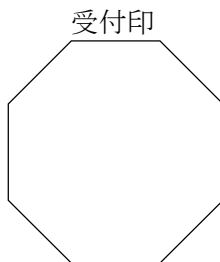
被保険者証 記号番号(枝番)	滋東・ (枝番)				
世帯主	個人番号				
	住所	東近江市 電話番号 — —			
	氏名	生年月日	年 月 日	男・女	
認定対象者	個人番号				
	氏名	生年月日	年 月 日	男・女	
	世帯主との続柄				

認定区分	ア・イ・ウ・エ・オ・Ⅰ・Ⅱ・Ⅳ・Ⅴ	発行区分	新規・書き換え・再発行
*認定区分がオ・Ⅱで90日を越える入院(過去12箇月)がある場合に該当			
*長期入院	該当・非該当	*長期入院該当年月日	年 月 日

		申請日の前1年間の入院期間(日数)		入院をした医療機関等	
①	年 月 日から	日間	名称		
	年 月 日まで		所在地		
②	年 月 日から	日間	名称		
	年 月 日まで		所在地		
③	年 月 日から	日間	名称		
	年 月 日まで		所在地		
④	年 月 日から	日間	名称		
	年 月 日まで		所在地		

長期確認事項

1. 長期入院者リスト	年 月 日から	日間
	年 月 日まで	
2. 領収書等	年 月 日から	日間
	年 月 日まで	



受付	納付確認

一般
退本
退家

窓口に来た方
個人番号 _____
住所 _____
氏名 _____
世帯主との関係 _____
電話番号 _____