

第8号様式(第2条関係)

国民健康保険限度額適用認定証等交付申請書

記号・番号						
世帯主	住所					
	氏名			生年月日		
	個人番号					
限度額適用 減額対象者	氏名			生年月日		
	個人番号					
	世帯主との続柄					
長期入院	該当・非該当	第三者行為	有・無			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年	月	日から 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 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 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 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 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等		名称			
			所在地			

(宛先)寒川町長

上記のとおり関係書類を添えて交付を申請します。

年 月 日

申請者(世帯主)

住所
氏名
個人番号
電話 ()