

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

世帯主様の
住所・氏名等
をご記入ください。
個人番号は任意で
ご記入ください。

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				
	続柄				
限度額適用認定証 が必要な方の氏名 等をご記入くださ い。 個人番号は任意で ご記入ください。	該当	第三者行為	有・無		
	入院期間(日数)	年	年	月	月
	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	年	月	日から 日まで
	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	年	月	日から 日まで
	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	年	月	日から 日まで
	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	年	月	日から 日まで
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

第三者行為（交通事故・
事件による傷害等）が
ある場合、“有”に丸印
を書いてください。

(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

()

世帯主様の住所・
氏名等をご記入く
ださい。
個人番号は任意で
ご記入ください。