

第9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	日間
		年	月	日まで	
	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
		年	月	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	月	日から	日間
		年	月	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	月	日から	日間
		年	月	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	月	日から	日間
		年	月	日まで	
	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 () _____