

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

世帯主様の住所・氏名等を記入ください。個人番号は任意でご記入ください。

記号・番号		※被保険者証番号			
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				
長期入院	該当・非	第三者行為	有・無		
	申請日の前1年間	期間(日数)	年 月 日から	年 月 日まで	日間
①	名称				
	所在地				
	(日数)	年 年	日から	日まで	日間
②	名称				
	所在地				
	③	申請日の前1年間の入院期間(日数)			
④	名称				
	所在地				
	⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)			
⑥	名称				
	所在地				

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。

第三者行為(交通事故・事件による傷害等)がある場合、“有”に丸印を書きつけてください。

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

(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 () _____