では、「限 度 額 適 用 」 国民健康保険 標 準 負 担 額 減 額 認定申請書 限度額適用・標準負担額減額 」

由布市長 様

下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

						_		申	請日	令	和	年	月 日	
被保	検者証	記号番号												
世帯主		住 所	由布市			-								
		氏名	氏 名				生生	∓月日	大·昭·	平 年	月	日	男·女	
		個人番号							電話番号	<u>1</u>	_	_	_	
限度額適用 減額対象者		氏名					生生	₹月日	昭・平・⁴		月	日	男·女	
							個ノ	人番号					L	
長期入院		該当・	非 該 当	区分	_	般 •	退	本・	退扶	適用区分	ア・イ	・ウ・エ	ニ・オ・I・Ⅱ	
1	山蛙口	の前1年間の 7 陸期間(ロ			コ 米ケ \			年	月	日から			日間	
	申請日の前1年間の入院期間(日数)							年	月	日まで			디테	
	7. I/⇔	±. 1 + 1	± +₩ 88 9=		名	称								
	入 院 をした 保 険 医 療 機 関 等					所名	E地							
2	申請日の前1年間の入院期間(日数)							年	月	日から			日間	
	中間ログ削「午間の八院粉間(ロ数)						年	月	日まで					
	7. I⁄. ⇔	たした か	ᆔᅆᇎ	療機関等		名	称							
	八阮	2 C /2 ;	木 陜 区 1	京 17改 关	計寺	所名	E地							
3	申請日の前1年間の入院期間(日数)						年	月	日から			日間		
	中明日夕时1年旧07个规划时(日数)							年	月	日まで			<u>ы</u>	
	入院をした保険医療機関等					名	称							
						所名	E地							
									入院日	3数合計			日	
代理申請者 ※世帯主以外が		住	所	1.同上	2	()	
		氏	名									(FI)		

電話番号

1. 同一世帯

2. (

世帯主との関係