

決裁	課長	副課長	給付班長	担当者	受付者

国民健康保険限度額適用  
食事療養標準負担額減額認定申請書

年 月 日

被保険者証		記号	山8	番号			
世帯主 (申請者)	住所	山口県岩国市			電話		
	氏名				性別		
	個人番号						
減額対象者	氏名				性別		
	生年月日	年	月	日		個人番号	続柄
申請日前一年間の 入院状況	医療機関名		医療機関所在地			入院期間及び入院日数	
						日間	
						日間	
						日間	

交付年月日	年	月	日	長期入院				
発効年月日	年	月	日		申請日	年	月	日
有効期限	年	月	日		該当日			
返却年月日	年	月	日			年	月	日
課税区分								

						受付印
確認欄	第三者行為	有 無				

届出人名・続柄・電話番号

本申請書に記入した事項に関しては、岩国市のOA機器に登録することを承諾いたします。

※入院先など住所地以外への郵送を希望される場合は、減額対象者の保険証のコピーと届出人の身分証明書(運転免許証)のコピーを同封してください。