

|    |    |     |      |     |     |
|----|----|-----|------|-----|-----|
| 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             |       | 記号      | 山 8  | 番号 |            |  |  |
| 世帯主<br>(申請者)     | 住 所   | 山口県岩国市  |      |    |            |  |  |
|                  | 氏 名   |         |      |    |            |  |  |
|                  | 個人番号  |         |      |    |            |  |  |
| 減額対象者            | 氏 名   |         |      |    |            |  |  |
|                  | 生年月日  | 年 月 日   | 個人番号 |    | 続柄         |  |  |
| 申請日前一年間の<br>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 | 年 月 日 |
| 返却年月日 | 年 月 日 |      |     |       |
| 課税区分  |       |      |     |       |

|     |       |   |   |  |  |     |
|-----|-------|---|---|--|--|-----|
| 確認欄 | 第三者行為 | 有 | 無 |  |  | 受付印 |
|     |       |   |   |  |  |     |
|     |       |   |   |  |  |     |

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。