

赤字部分を
ご記入ください

限度額適用
標準負担額減額 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

被保険者証	記号	井 鯖	番号	〇〇〇—〇〇〇〇		
世帯主	住所	鯖江市〇〇町〇〇番地				
	氏名	鯖江 太郎				
	個人番号		生年月日	昭和〇年〇月〇日	性別	男
限度額適用 減額対象者	氏名	鯖江 花子				
	個人番号		生年月日	昭和〇年〇月〇日	性別	女
	世帯主との続柄		妻			
長期入院	該当・非該当	91日目該当日		年	月	日
種類	一般	退職本人	退職扶養			
所得区分	ア	イ	ウ	エ	オ	

ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。		入院日数合計(日間)	
1	申請日の前1年間の入院日数	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	

上記の認定証の交付を申請します。

またに認定手続きのため市県民税の課税状況につき課税台帳の確認を行うことを承諾します。

年 月 日

申請日をご記入ください

申請者(世帯主) 住所 鯖江市〇〇町〇〇番地

氏名 鯖江 太郎

印

郵送の場合空欄でお願いします

受領しました

Tel ()

〇年 〇月 〇日

鯖江市長殿

電話番号をご記入ください

氏名 鯖江 太郎

印