

受付番号

理事長	役員	事務長	主任	係

**国民健康保険**      **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**

静岡市食品国民健康保険組合理事長 様  
 下記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

被保険者記号・番号					
組 合 員	住 所	〒 (Tel )			
	氏 名			生年月日	年 月 日
	個人番号 (マイナンバー)			昭・平・令	
対 象 者	氏 名			生年月日	年 月 日
	個人番号 (マイナンバー)			昭・平・令	
				組合員との続柄	
発症又は負傷の理由		<input type="checkbox"/> 1.第三者行為（交通事故等） <input type="checkbox"/> 2.業務上の災害（通勤災害等）      ※該当番号にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 3.その他（自損事故・疾病等）			
長 期 入 院		該当 ・ 非該当 （申請日の前1年間の入院日数が91日以上の場合は長期該当）			

長期入院該当者のみご記入ください。		入院日数合計（ 日間）	
①	入院期間（日数）	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
②	入院期間（日数）	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
③	入院期間（日数）	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	

※組合記入欄

適用区分	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ	<input type="checkbox"/> 現Ⅰ <input type="checkbox"/> 現Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ
------	--	---