

国民健康保険 限度額適用認定証
 標準負担額減額認定証 交付申請書
 限度額適用・標準負担額減額認定証

被保険者 記号・番号	つる国一	区 分	一般・高一般・高7		
世帯主名					
住 所					
交付対象者	氏 名		生年月日		
	世帯主との 続柄		性 別		
	個人番号			長期 入院	該当・非該当
申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 年 月 日まで 日間			
入院をした 保険医療機関等	名 称				
	所在地				

上記のとおり申請します。

年 月 日

鶴岡市長 様

申請者(世帯主)

住 所

氏 名

電話番号

※届出者(記入者)

住 所

氏 名

電話番号

受付者	確認者	決 定	該 当 日	長期該当日	発 行 日	区 分
		認 定 却 下				ア・イ・ウ・エ・オ 低Ⅰ・低Ⅱ 現Ⅰ・現Ⅱ