

様式第6号

国民健康保険 (限度額適用認定証
食事(生活)療養標準負担額減額認定証) 交付申請書・入院日数届書
限度額適用・標準負担額減額認定証

被保険者記号・番号	記号	2ヒ	番号	(枝番)
限度額適用 減額対象者	氏名			
	生年月日		世帯主との続柄	
	個人番号			
長期入院 該当・非該当			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅時医学総合管理 <input type="checkbox"/> 在宅末期医療総合診療	
次の欄は長期入院該当者のみ記入してください。			入院合計日数 日間	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から	日間	
		年 月 日まで		
②	入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から	日間	
		年 月 日まで		
④	入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		

申請日の前1年間に交通事故(同乗でのケガ・自損事故含む)によるケガをしましたか? はい・いいえ

上記のとおり申請します。

年 月 日

続柄
住所
氏名
電話番号

申請者(世帯主) 住所
氏名
個人番号
電話番号

日立市長 殿

※保険者記入欄

入力	点検	整理番号	区分								資格			短期等			
			70歳未満				70歳以上				一般	退本	退被	有	無		
			ア	イ	ウ	エ	オ・長	現Ⅲ	現Ⅱ	現Ⅰ						一般	低Ⅱ・長
発効期日			月	日	長期該当				月	日	70歳以上						