

様式(第3条関係)

(70歳未満用)

受 付

限度額適用  
国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書  
限度額適用・標準負担額減額

被保険者番号		電話番号			
世帯主	住所	尾道市 町 丁目 番 地 号			
	氏名	生年月日	年 月 日	男・女	
	個人番号				
限度額適用	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	生年月日	年 月 日	男・女
減額対象者	個人番号	世帯主との続柄			
来庁者氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ <input type="checkbox"/> 対象者と同じ				

この欄は、長期入院該当の場合のみ記入してください。		入院日数合計( 日間)		
①	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		
②	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		
③	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		

(※①～③で入院期間を医療機関が証明する場合、医療機関の印をお願いします。)

上記のとおり申請します。

年 月 日

尾道市長様

交通事故等の第三者行為
有 ・ 無

証 交 付 状 況	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ
	証交付日	年 月 日
	発効期日	年 月 日
	長期入院該当	該当 ・ 非該当
	長期入院該当年月日	年 月 日
証回収		未 ・ 済

収納状況	収納担当	
完 ・ 未		

番 号	有 無
身元確認	済 未
個力・免・パ・障・ 保・年・介・( )	
代理権	有 無

受付者	確認者

限度額適用  
国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書  
限度額適用・標準負担額減額

被保険者番号	01234567	電話番号	0848-38-9111	
世帯主	住所	尾道市 久保一丁目 15番 1号		
	氏名	尾道 太郎	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日 男・女
	個人番号			
限度額適用	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ 尾道 桜子	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日 男・女
減額対象者	個人番号	世帯主との続柄		妻
来庁者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主と同じ <input type="checkbox"/> 対象者と同じ			

この欄は、長期入院該当の場合のみ記入してください。		入院日数合計( 日間)	
①	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	
②	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	
③	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	

(※①～③で入院期間を医療機関が証明する場合、医療機関の印をお願いします。)

上記のとおり申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

尾道市長様

交通事故等の第三者行為

有・無

証 交 付 状 況	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ
	証交付日	年 月 日
	発効期日	年 月 日
	長期入院該当	該当・非該当
	長期入院該当年月日	年 月 日
証回収		未・済

収納状況	収納担当	
完・未		

受付者	確認者