

様式第3号(第9条関係)

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	受 付	確 認
---	-----	-----

被保険者証の記号・番号		奈3	
適用・減額 対 象 者	氏 名		性 別
	生 年 月 日		世帯主との続柄
	個 人 番 号		

長期入院	該当 ・ 非該当	入院日数 合計	日
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	
④	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。
 なお、この申請に関して課税台帳及びその他課税資料を確認することに同意します。

年 月 日

大和郡山市長 様

住所 _____

世帯主 氏名 _____

個人番号 _____

届出人 氏名 _____ 印

電話 _____

※担当者確認欄
 (適用区分)

□70歳未満	□完納 □滞納	□上位ア	□上位イ	・・・黄
		□一般ウ	□一般エ	・・・黄
		□非課税オ(□境)		・・・白
		□非課税(食事のみ)		・・・青

□70歳以上 ……

□現役並みⅡ	□現役並みⅠ	・・・緑
□低所得Ⅱ	□低所得Ⅰ(□境)	・・・白

(発効期日) □当月1日 □翌月1日(長期該当) □()月1日(医療機関の同意がある場合)

発効済印