

国民健康保険上の世帯主をご記入ください。

適用

担額減額

扶養課適用・標準負担

交通事故や傷害事件による負傷の場合のみ  
有に○をしてください。

被保険者記号・番号	四国			
世 帯 主	住 所			
	氏 名	生年月日	年 月 日	
限度額適用 減額対象者	氏 名	個人番号		
	世帯主との続柄	生年月日	年 月 日	
長 期 入 院	該 当	・ 非 該 当	交通事故等の第三者行為	
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。			有	・ 無
			入院日数合計	( 日間 )

非課税世帯の方で、90日を超える  
長期入院該当の場合のみ記入して  
ください。

入院期間がわかる領収書などの写  
しの添付が必要です。

※長期入院該当とは  
非課税世帯の方で、過去12カ月の  
入院日数が91日以上になる場合。

④	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
数)	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間
	年 月 日 から		
数)	名 称		
	所在地		
数)	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間
	年 月 日 から		
数)	名 称		
	所在地		
(日数)	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間
	年 月 日 から		

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

世帯主名  
(申請者) \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

大阪府四條畷市長 あて

国民健康保険上の世帯主をご記入ください。

すれば、事前の手続きなく、  
を超える支払いが免除されます。  
申請は不要となりますので、

点線枠内にご記入ください。

号)  
号)  
日  
号)