

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
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	有・無
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。		入院日数合計 (日間)	
申請日より前1年間入院期間 (日数)		年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	
名称			
所在地			
数)		年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	
名称			
所在地			
数)		年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	
名称			
所在地			
数)		年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	
名称			
所在地			
数)		年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	
④	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

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。

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、
保険料を滞りなくお支払いください。

点線枠内にご記入ください。

号)
号)
日
号)