

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

記入例

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|-------|----|------|------|---------|----|---|---|---|---|---|
| 被保険者記号番号 | 記号 | 46-00 | 番号 | 1111 | (枝番) | 02 | | | | | | |
| 限度額適用 減額対象者 | 氏名 | 国保 花子 | | | | 世帯主との続柄 | 妻 | | | | | |
| | 生年月日 | 昭・平・令 | 00 | 年 | 00 | 月 | 00 | 日 | | | | |
| | 個人番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 |
| 長期入院 (90日以上) | <input checked="" type="checkbox"/> 該当 ・ 非該当 | | | | | | | | | | | |

※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 | | 97 | | 日間 | | | | | | |
| ① | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 令和 | 00 | 年 | 00 | 月 | 00 | 日 | から | |
| | | 令和 | 00 | 年 | 00 | 月 | 00 | 日 | まで | 97 |
| ② | 入院をした保険医療機関 | 名称 | 保険年金課病院 | | | | | | | |
| | | 所在地 | 武蔵村山市本町0-0-00 | | | | | | | |
| ③ | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | から | |
| | | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | まで | |
| ③ | 入院をした | 名称 | 世帯主名で記入してください。 | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | |

申請日の前1年間の入院期間が90日以上に該当する方のみ記入してください。

提出日を記入してください。

世帯主名で記入してください。

上記のとおり認定を受けたいので申請します。

武蔵村山市長 殿

世帯主 住所 武蔵村山市本町1-1-1

令和 00 年 00 月 00 日

氏名 国保 太郎

個人番号 0000 0000 0000

電話番号 042-123-4567

世帯主以外の方が申請する場合は必ず記入してください。
別世帯の場合は委任状が必要です!!

※申請が世帯主以外の場合は届出人欄も記入してください。

届出人 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

世帯主との続柄 _____

備考

| | | | | | | | | |
|-------|----|-----|---|---|------|-----------------------|------|----|
| 交付年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 適用区分 | ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ | | |
| 発効期日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 長期入院 | 該当 | ・非該当 | 備考 |
| 番号確認 | | | | | 身元確認 | | | |
| 減額者 | | 世帯主 | | | 申請者 | | | |

- | | |
|-------------|-----------|
| (個人番号確認) | (身元確認) |
| ① 個人番号通知カード | ① 運転免許証 |
| ② 個人番号カード | ② パスポート |
| ③ 住民票 | ③ 身体障害者手帳 |
| ④ 職権 | ④ その他 |
| ⑤ その他 | |

受付者 _____