

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者記号・番号	記号	46-	番号	(枝番)																
限度額適用 減額対象者	氏名											世帯主との続柄								
	生年月日	昭・平・令	年	月	日															
	個人番号																			
長期入院 (90日以上)	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					日間
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)					令和	年	月	日	から						日間				
	入院をした保険医療機関					令和	年	月	日	まで						日間				
名称 所在地																				
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)					令和	年	月	日	から						日間				
	入院をした保険医療機関					令和	年	月	日	まで						日間				
名称 所在地																				
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)					令和	年	月	日	から						日間				
	入院をした保険医療機関					令和	年	月	日	まで						日間				
名称 所在地																				

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 _____

令和 年 月 日

氏名 _____

※世帯主本人の署名でない場合は、記名押印してください。

個人番号 _____

電話番号 _____

※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					滞納	あり・なし
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
- ② 個人番号カード
- ③ 住民票
- ④ 職権
- ⑤ その他

- ① 運転免許証
- ② パスポート
- ③ 身体障害者手帳
- ④ その他

受付者 _____