

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 令和 年 月 日 まで	日間			
	入院をした保険医療機関	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 令和 年 月 日 まで	日間			
	入院をした保険医療機関	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 令和 年 月 日 まで	日間			
	入院をした保険医療機関	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 _____

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		
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		(個人番号確認)	(身元確認)
減額者	世帯主	申請者		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 _____