

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 _____

※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		(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	① 運転免許証	② パスポート	③ 身体障害者手帳
								② 個人番号カード	③ 身体障害者手帳	④ その他	
								③ 住民票	④ その他		
								④ 職権			
								⑤ その他			

受付者 _____