

# 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 30年 00月 00日										
	個人番号	1	2	3	4	0	0	0	0	1	2	3
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	90	日間				
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 2年 10月 11日 から										
	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 2年 12月 10日 まで	90 日間									
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1-1-00										
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から										
	入院をした	令和 年 月 日 まで	日間									
	提出日を記入してください。	名称										
		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。

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 3年 3月 00日

氏名 国保 太郎

※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 1234 1234 0000

電話番号 042-565-1111

※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 \_\_\_\_\_

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(世帯主氏名に押印も必要です)。別世帯の場合は委任状が必要です!!

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 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 \_\_\_\_\_