

記入例

※区分 No.

国民健康保険限度額適用認定証等交付申請書

目黒区長 あて

申請日 令和 元 年 5 月 15 日

下記のとおり、申請します。

申請区分	<input type="checkbox"/> 限度額適用 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額
被保険者証記号番号	記号 10 - 00 番号 0000 ←
世帯主	住所 目黒区上目黒2-19-15 電話 03 (5722) 9811
	氏名 目黒 太郎
	個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 生年月日 昭和 平成・令和 20 年 1 月 1 日
限度額適用減額対象者	氏名 目黒 花子 生年月日 昭和 平成・令和 25 年 12 月 25 日
	個人番号 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8 世帯主との続柄 妻

限度額適用減額対象者の保険証の記号番号をご記入ください。

長期入院	該当 ・ 非該当 (申請日の前1年間の入院日数が91日以上は長期該当)	
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) 年 月 日から 年 月 日まで (日間)	
	入院した保険医療機関等 名称 所在地	
	②	申請日の前1年間の入院期間(日数) 年 月 日から 年 月 日まで (日間)
②	入院した保険医療機関等 名称 所在地	
	③	申請日の前1年間の入院期間(日数) 年 月 日から 年 月 日まで (日間)
	③	入院した保険医療機関等 名称 所在地

住民税非課税世帯の方のみ、直近12か月間の入院日数を合計してください。

90日以下の場合
長期入院「非該当」に○をつけてください。

91日以上の場合
長期入院「該当」に○をつけ、入院日数等の詳細をご記入ください。

転送を希望される場合はご記入ください。

〒
住所
氏名
続柄

電話番号

受付者	受付印

※区処理欄

確認書類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 写真付き住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> その他官公署の発行した免許証・許可証又は身分証明書 () <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 委任状
------	--

※発効日は申請書を受領した月の1日までしか遡ることができませんので、ご注意ください。

※個人番号(マイナンバー)について

未記入でも提出できます。

記入した場合は、マイナンバーカード(両面)又は次の①、②のコピーを添付してください。

①個人番号確認書類(個人番号が記載された住民票の写しなど)

②本人確認書類(運転免許証、パスポートなど)

顔写真つきの本人確認書類がない場合は、保険証、年金手帳、年金証書などを2点