

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 年 月 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 -	番号
世帯主	住所	電話 ()	
	氏名		
	個人番号		生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
限度額適用減額対象者	氏名		生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
	個人番号		世帯主との続柄

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)
	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)
	入院した保険医療機関等	名称
		所在地

※国民健康保険法施行規則により世帯に属する被保険者と申請者(世帯主)の個人番号の記載が必要です。

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
------	--