

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

※太枠内をご記入ください。

世帯主	住 所	神奈川県足柄上郡大井町		
	氏 名		生年月日	年 月 日
	個人番号		被保険者証 記号番号	5 7 -
対 象 者	氏 名		生年月日	年 月 日
	個人番号		世帯主と の続柄	
届 出 人	氏 名		電話番号	

長期入院	該当 ・ 非該当				
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
	入院を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
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所 在 地			

処 理 事 項	処 理 欄	取扱者
本 人 確 認	☐ 免 ☐ 旅 ☐ 住 ☐ 個 ☐ 通 ☐ 保 ☐ その他（ ）	
認定証交付日	令和 年 月 日 窓口交付・郵送	

市区町村長が 証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に____年度の住民税が課されないことを証明する。 ____、____、____ 市区町村長名 _____ 印
-----------------	--

備 考：「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。