

記入例

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
日中に受信できる
電話番号を欄外に
記入してください

被保険者記号番号		27-20000001		旭 花子 000-0000-0000	
世帯主	住 所	千葉県旭市二の2132番地			
	氏 名	旭 太郎		生年月日	〇〇年〇月〇日
	個人番号	200000000001			
限度額適用 減額対象者	氏 名	旭 花子		生年月日	〇〇年〇月〇日
	世帯主との続柄		妻	個人番号	200000000002
長期入院	該当 ・ 非該当		交通事故等の第三者行為	有 ・ 無	
1	申請日の前1年間の入院期間（日数）	2020年10月1日から 2021年1月31日まで 123日間			
	入院をした保険医療期間等	名 称	国保旭中央病院		
		所在地	旭市イの1326番地		
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期間等	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			
	入院をした保険医療期間等	名 称			
		所在地			
4	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期間等	名 称			
		所在地			
5	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期間等	名 称			
		所在地			

年 月 日

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 年度の市（区）町村民税が課されないことを証明する。	
	_____ 、 _____ 、 _____	
	_____ 、 _____ 、 _____	
	市区町村長名	印