

## 記入例

### 国民健康保険

### 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

被保険者証記号番号	30-00-1234		申請日	令和〇年〇月〇日
世帯主	住所	昭島市田中町1丁目17番1号		
	氏名	昭島 太郎		
	電話番号	042-544-5111	マイナンバー	1234-5678-9012

#### 認定対象者

※認定対象者が世帯主の場合は、氏名及びマイナンバーの記載を省略できます

氏名	続柄	性別	生年月日
① 昭島 太郎	本人	男・女	昭和・平成・令和・西暦 ●●年 ●月 ●日
			マイナンバー 1234-5678-9012

※同一世帯で複数名分の申請をする場合は、以下にご記入ください

氏名	続柄	性別
		男・女
例:世帯主と配偶者の認定証を申請の場合 ①に世帯主 ②に配偶者 の情報をご記入ください。		
氏名	続柄	性別
		男・女
国民健康保険以外の健康保険に加入されている方は、加入中の健康保険組合に申請してください。		
昭和・平成・令和・西暦 年 月 日		
マイナンバー — — — —		

長期入院	該当	・	非該当	※ 申請日の過去1年間に入院をした方は記入してください。	
①	対象者氏名				
	入院した医療機関等	名称			
	所在地				
入院期間	年 月	日から	年 月	日まで	日間
	年 月	該当する場合は、ご記入ください。			日間
②	対象者氏名				
	入院した医療機関等	名称			
	所在地				
入院期間	年 月	日から	年 月	日まで	日間
	年 月	日から	年 月	日まで	日間

市区町村長が証明する欄	上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		

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。

代理人	氏名			交付日	年 月 日
	連絡先電話番号				月 日
	続柄				月 日
判定区分	課税	ア・イ・ウ・エ 現並I・現並II		同一世帯以外の方(代理人)が申請する場合は、ご記入ください。 また、代理人の身分証明書のコピーを同封してください。(来庁の場合は持参してください)	月 日
	非課税	オ・低I・低II		・領収証( )	月 日
		滞納	有	・ 無	月 日
	受付	本庁	・ 東部	・ あい	・ 郵送
	発行者				
(一般・退本人・退扶養)					