

<input type="checkbox"/> 70歳以上
<input type="checkbox"/> 70歳未満

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書 (兼同意書)

年 月 日

(申請先) 横浜市 区長

①被保険者証記号・番号

40									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

②申請者 (世帯主) 氏名及び個人番号

(印)

③申請者 (世帯主) 住所及び連絡先

横浜市 区
連絡先 ()

次の者について国民健康保険 (限度額適用・標準負担額減額) 認定をうけたいので、申請します。

また、次の者の国民健康保険 (限度額適用・標準負担額減額) 認定証の交付に要する所得基準判断のため、私及び私の世帯の世帯員の市民税の課税内容及び所得金額について、区長が調査することに同意します。

④適用認定対象者の氏名及び生年月日及び個人番号

	昭・平・令 年 月 日

※ここから下は、非課税世帯に属する長期入院該当者のみ記入してください。

⑤申請日を含む月以前 12 か月の入院期間及び日数

入院日数合計 日間

(1)平成 年 月 日～平成 年 月 日(日間)		
入院をした保険医療機関等	名称	
	所在地	
(2)令和 年 月 日～令和 年 月 日(日間)		
入院をした保険医療機関等	名称	
	所在地	
(3) 年 月 日～ 年 月 日(日間)		
入院をした保険医療機関等	名称	
	所在地	

※ここから下は、記入しないでください。

証交付日	年 月 日			発効期日	年 月 日		有効期限	年 月 日			
世帯所得 区分	70 歳未 満	ア ウ オ	イ エ オ	70 歳 以 上	現Ⅱ現Ⅰ 低Ⅱ低Ⅰ	長期該当認定	該当・非該当	却下決定	年 月 日		
						長期該当日	年 月 日				
※ 処 理 欄	課長	係長	係員	上記のとおり処理します。			受付	入力処理	未納	証交付	却下通知
				起案	年 月 日				あり	郵送	
				決裁	年 月 日				なし	窓口	
(備考)											