

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		☐ 限度額適用		☐ 標準負担額減額		☐ 限度額適用・標準負担額減額	
被保険者記号番号		記号 1 0 -		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			
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	☐ 国民健康保険被保険者証	☐ 運転免許証	☐ パスポート
	☐ マイナンバーカード	☐ 資格確認書	
	☐ その他官公署の発行した免許証・許可証又は身分証明書 ()		
	☐ 委任状		