

記入例

※区分

No.

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5年 5月 15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 10 - 〇〇 番号 〇〇〇〇 ←	
世帯主	住所	目黒区上目黒2-19-15 電話 03 (5722) 9811	
	氏名	目黒 太郎	
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	生年月日 昭和・平成・令和 20 年 1 月 1 日
限度額適用 減額対象者	氏名	目黒 花子	
	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8	生年月日 昭和・平成・令和 25 年 12 月 25 日 世帯主との続柄 妻

資格確認書に記載されている限度額適用減額対象者の記号番号をご記入ください。

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		入院日数合計 (日間)	
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	

住民税非課税世帯の方のみ、直近12か月間の入院日数を合計してください。

90日以下の場合
長期入院「非該当」に○をつけてください。

91日以上の場合
長期入院「該当」に○をつけ、入院日数等の詳細をご記入く

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

※発効日は申請書を受領した月の1日までしか遡ることができませんので、ご注意ください。

※個人番号（マイナンバー）について

未記入でも提出できます。

記入した場合は、マイナンバーカード（両面）又は次の①、②のコピーを添付してください。

①個人番号確認書類（通知カードなど）

②本人確認書類（運転免許証、パスポートなど）

顔写真つきの本人確認書類がない場合は、資格確認書、年金手帳、年金証書などを2点