

申請書 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

(宛先) 長野市長
次のとおり申請します。

申請日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	被保険者記号番号	長 - 〇〇〇〇〇〇
世帯主	住所	〒 380-8512 長野市 大字鶴賀緑町1316番地	
	氏名	長野 太郎	個人番号 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇
認定対象者	氏名	長野 花子	生年月日 昭平・令和 〇 年 〇 月 〇 日生
	世帯主との続柄(妻)		個人番号 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇
連絡先(緊急時)	026 - 224 - 7225		
届出人	☒ 世帯主 ☐ 認定対象者		
	届出人が上記に該当しない場合、代理人住所、代理人氏名を記入してください。		
	代理人住所	〒 - 世帯主と同じ ☐	代理人氏名 世帯主との続柄()
適用希望日	☒ 申請月の1日から適用を希望		
	☐ 申請月の前月以前に遡って適用を希望 (前月以前からの適用は医療機関の承諾が必要) 令和 年 月 1 日から適用希望		
	医療機関名		
☐ 第三者行為による事故等の医療費を含む場合は、左の□に✓を入れてください。			

届出人が「世帯主」または「認定対象者」以外の場合、「代理人住所」「代理人氏名」を記入してください。
(「世帯主」「認定対象者」以外の家族の方など)

入院期間等が不明なときは、わかる範囲で記入してください。

過去12か月間で長期入院(91日以上)された方は記入してください。

入院期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 〇 年 〇 月 〇 日
医療機関名(直近)	〇 〇 病 院

世帯主の住所以外への送付を希望する場合、以下を記入してください。

送付先住所	〒 -		
受取人氏名		連絡先	- -

※医療機関担当者以外への送付は、委任状が必要です。

※長野市(国保・高齢者医療課)処理欄

年 / 月	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	計
日数													
長期入院	令和	年	月	1 日	該当	/	非該当						
資格取得日	昭平・令和	年	月	日	前年度	課税	/	非課税					
発効期日	令和	年	月	日		ア	イ	ウ	エ	オ			
有効期限	令和	年	月	日	適用区分	低所得Ⅰ	低所得Ⅱ						
交付年月日	令和	年	月	日		現役並みⅠ	現役並みⅡ						

70歳到達	発効期日	令和	年	月	日
	有効期限	令和	年	月	日
	交付年月日	令和	年	月	日
	適用区分	低所得Ⅰ	低所得Ⅱ		
	現役並みⅠ	現役並みⅡ			

受付印欄

新規
~7月末

更新

再交付

長期のみ

スキャン済

本人確認欄

免 個
在 旅
障 国
診 他

受付者