

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

(市役所)長野市長
より申請します。

窓口に来た方(記入者)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)

令和 〇 年 〇 月 〇 日		被保険者記号番号		長 - 〇〇〇〇〇〇	
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	
氏名	長野 花子		生年月日	昭・平・令 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				
<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 認定対象者					
窓口に来た方(記入者)	記入者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	<input type="checkbox"/>	代理人氏名
世帯主との続柄()					
適用希望日	<input checked="" type="checkbox"/> 申請月の1日から適用を希望 <input type="checkbox"/> 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					
<input type="checkbox"/> 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。					

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。

※医療機関担当者以外への送付は、委任状が必要です。

送付先住所	〒 -		
受取人氏名		連絡先	- -

※長野市(国保・高齢者医療課)処理欄

年 / 月 / 日	/ / / / / / / / / /	計	<input type="checkbox"/> ずっと入院中 (令和 年 月~)	
長期入院	令和 年 月 1 日	該当 / 非該当		
資格取得日	昭・平・令 年 月 日	前年度	課税 / 非課税	
発効期日	令和 年 月 日	適用区分	ア イ ウ エ オ	
有効期限	令和 年 月 日	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

所得申告

☐ 申告済

☐ 未申告

☐ 国保簡易申告書

☐ 市・県民税申告書

収納状況

☐ 滞納なし

☐ 滞納あり

☐ 収納相談済み

受付者