

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										受付印欄																																																																																																																																																																																																																																																
<small>長野市長 より申請します。</small>																																																																																																																																																																																																																																																										
<p>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)</p>																																																																																																																																																																																																																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">住所</td> <td colspan="9">〒 380-8512 長野市 大字鶴賀緑町1316番地</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="3">長野 太郎</td> <td>個人番号</td> <td colspan="6">○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○</td> </tr> <tr> <td>者 氏名</td> <td colspan="3">長野 花子 世帯主との続柄(妻)</td> <td>生年月日</td> <td colspan="6">昭・平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日生 個人番号 ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○</td> </tr> <tr> <td>格先(緊急時)</td> <td colspan="9">026-224-7225</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="vertical-align: top; width: 15%;">窓口に 来た方 (記入者)</td> <td colspan="10"> <input checked="" type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 認定対象者 <small>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。</small> </td> </tr> <tr> <td>代理人 住所</td> <td colspan="3">〒 -</td> <td>世帯主と同じ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>代理人 氏名</td> <td colspan="4">世帯主との続柄()</td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <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 令和 年 月 1 日から適用希望 <small>(前月以前からの適用は医療機関の承諾が必要)</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="10">医療機関名</td> </tr> <tr> <td colspan="11"> <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。 </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding: 5px;"> <p>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。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">入院期間</td> <td colspan="9">令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ~ 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日</td> </tr> <tr> <td>医療機関名(直近)</td> <td colspan="9">○○病院</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding: 5px;"> <p>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。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">送付先住所</td> <td colspan="9">〒 -</td> </tr> <tr> <td>受取人氏名</td> <td colspan="4"></td> <td>連絡先</td> <td colspan="5">- - -</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="padding: 5px;"> <p>※長野市(国保・高齢者医療課)処理欄</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>年 / 月</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>計</td> <td><input type="checkbox"/> ずっと入院中 (令和 年 月 ~)</td> </tr> <tr> <td>日数</td> <td></td> </tr> <tr> <td>長期入院</td> <td>令和 年 月 1 日</td> <td>該当</td> <td>/</td> <td>非該当</td> <td rowspan="5" style="vertical-align: middle; text-align: center;">70 歳 到 達</td> <td>発効期日</td> <td>令和 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>資格取得日</td> <td>昭・平・令 年 月 日</td> <td>前年度</td> <td>/</td> <td>非課税</td> <td>有効期限</td> <td>令和 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>発効期日</td> <td>令和 年 月 日</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle; text-align: center;">適用区分</td> <td>ア イ ウ エ オ</td> <td></td> <td>交付年月日</td> <td>令和 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>有効期限</td> <td>令和 年 月 日</td> <td>低所得 I</td> <td>低所得 II</td> <td>低所得 I</td> <td>低所得 II</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>交付年月日</td> <td>令和 年 月 日</td> <td>現役並み I</td> <td>現役並み II</td> <td>現役並み I</td> <td>現役並み II</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>											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	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○						者 氏名	長野 花子 世帯主との続柄(妻)			生年月日	昭・平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日生 個人番号 ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○						格先(緊急時)	026-224-7225									窓口に 来た方 (記入者)	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 認定対象者 <small>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。</small>										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()				<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 令和 年 月 1 日から適用希望 <small>(前月以前からの適用は医療機関の承諾が必要)</small>										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。											<p>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。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">入院期間</td> <td colspan="9">令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ~ 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日</td> </tr> <tr> <td>医療機関名(直近)</td> <td colspan="9">○○病院</td> </tr> </table>											入院期間	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ~ 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日									医療機関名(直近)	○○病院									<p>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。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">送付先住所</td> <td colspan="9">〒 -</td> </tr> <tr> <td>受取人氏名</td> <td colspan="4"></td> <td>連絡先</td> <td colspan="5">- - -</td> </tr> </table>											送付先住所	〒 -									受取人氏名					連絡先	- - -					<p>※長野市(国保・高齢者医療課)処理欄</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>年 / 月</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>計</td> <td><input type="checkbox"/> ずっと入院中 (令和 年 月 ~)</td> </tr> <tr> <td>日数</td> <td></td> </tr> <tr> <td>長期入院</td> <td>令和 年 月 1 日</td> <td>該当</td> <td>/</td> <td>非該当</td> <td rowspan="5" style="vertical-align: middle; text-align: center;">70 歳 到 達</td> <td>発効期日</td> <td>令和 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>資格取得日</td> <td>昭・平・令 年 月 日</td> <td>前年度</td> <td>/</td> <td>非課税</td> <td>有効期限</td> <td>令和 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>発効期日</td> <td>令和 年 月 日</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle; text-align: center;">適用区分</td> <td>ア イ ウ エ オ</td> <td></td> <td>交付年月日</td> <td>令和 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>有効期限</td> <td>令和 年 月 日</td> <td>低所得 I</td> <td>低所得 II</td> <td>低所得 I</td> <td>低所得 II</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>交付年月日</td> <td>令和 年 月 日</td> <td>現役並み I</td> <td>現役並み II</td> <td>現役並み I</td> <td>現役並み II</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>											年 / 月	/	/	/	/	/	/	/	/	計	<input type="checkbox"/> ずっと入院中 (令和 年 月 ~)	日数											長期入院	令和 年 月 1 日	該当	/	非該当	70 歳 到 達	発効期日	令和 年 月 日				資格取得日	昭・平・令 年 月 日	前年度	/	非課税	有効期限	令和 年 月 日				発効期日	令和 年 月 日	適用区分	ア イ ウ エ オ		交付年月日	令和 年 月 日				有効期限	令和 年 月 日	低所得 I	低所得 II	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	現役並み I	現役並み II			
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	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○																																																																																																																																																																																																																																																					
者 氏名	長野 花子 世帯主との続柄(妻)			生年月日	昭・平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日生 個人番号 ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○																																																																																																																																																																																																																																																					
格先(緊急時)	026-224-7225																																																																																																																																																																																																																																																									
窓口に 来た方 (記入者)	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 認定対象者 <small>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。</small>																																																																																																																																																																																																																																																									
	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()																																																																																																																																																																																																																																																		
	<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 令和 年 月 1 日から適用希望 <small>(前月以前からの適用は医療機関の承諾が必要)</small>																																																																																																																																																																																																																																																									
	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。																																																																																																																																																																																																																																																										
<p>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。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">入院期間</td> <td colspan="9">令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ~ 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日</td> </tr> <tr> <td>医療機関名(直近)</td> <td colspan="9">○○病院</td> </tr> </table>											入院期間	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ~ 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日									医療機関名(直近)	○○病院																																																																																																																																																																																																																																				
入院期間	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ~ 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日																																																																																																																																																																																																																																																									
医療機関名(直近)	○○病院																																																																																																																																																																																																																																																									
<p>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。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">送付先住所</td> <td colspan="9">〒 -</td> </tr> <tr> <td>受取人氏名</td> <td colspan="4"></td> <td>連絡先</td> <td colspan="5">- - -</td> </tr> </table>											送付先住所	〒 -									受取人氏名					連絡先	- - -																																																																																																																																																																																																																															
送付先住所	〒 -																																																																																																																																																																																																																																																									
受取人氏名					連絡先	- - -																																																																																																																																																																																																																																																				
<p>※長野市(国保・高齢者医療課)処理欄</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>年 / 月</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>計</td> <td><input type="checkbox"/> ずっと入院中 (令和 年 月 ~)</td> </tr> <tr> <td>日数</td> <td></td> </tr> <tr> <td>長期入院</td> <td>令和 年 月 1 日</td> <td>該当</td> <td>/</td> <td>非該当</td> <td rowspan="5" style="vertical-align: middle; text-align: center;">70 歳 到 達</td> <td>発効期日</td> <td>令和 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>資格取得日</td> <td>昭・平・令 年 月 日</td> <td>前年度</td> <td>/</td> <td>非課税</td> <td>有効期限</td> <td>令和 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>発効期日</td> <td>令和 年 月 日</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle; text-align: center;">適用区分</td> <td>ア イ ウ エ オ</td> <td></td> <td>交付年月日</td> <td>令和 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>有効期限</td> <td>令和 年 月 日</td> <td>低所得 I</td> <td>低所得 II</td> <td>低所得 I</td> <td>低所得 II</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>交付年月日</td> <td>令和 年 月 日</td> <td>現役並み I</td> <td>現役並み II</td> <td>現役並み I</td> <td>現役並み II</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>											年 / 月	/	/	/	/	/	/	/	/	計	<input type="checkbox"/> ずっと入院中 (令和 年 月 ~)	日数											長期入院	令和 年 月 1 日	該当	/	非該当	70 歳 到 達	発効期日	令和 年 月 日				資格取得日	昭・平・令 年 月 日	前年度	/	非課税	有効期限	令和 年 月 日				発効期日	令和 年 月 日	適用区分	ア イ ウ エ オ		交付年月日	令和 年 月 日				有効期限	令和 年 月 日	低所得 I	低所得 II	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	現役並み I	現役並み II																																																																																																																																																																												
年 / 月	/	/	/	/	/	/	/	/	計	<input type="checkbox"/> ずっと入院中 (令和 年 月 ~)																																																																																																																																																																																																																																																
日数																																																																																																																																																																																																																																																										
長期入院	令和 年 月 1 日	該当	/	非該当	70 歳 到 達	発効期日	令和 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																			
資格取得日	昭・平・令 年 月 日	前年度	/	非課税		有効期限	令和 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																			
発効期日	令和 年 月 日	適用区分	ア イ ウ エ オ			交付年月日	令和 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																			
有効期限	令和 年 月 日		低所得 I	低所得 II		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		現役並み I	現役並み II																																																																																																																																																																																																																																																			