

# 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 ○ 年 ○ 月 ○ 日	被保険者証記号番号	長 - ○ ○ ○ ○ ○ ○
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 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
認定対象者	氏名	長野 花子	生年月日 昭平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日生
		世帯主との続柄( 妻 )	個人番号 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
連絡先(緊急時)	026 - 224 - 7225		
届出人	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 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 <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。			

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 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ~ 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
医療機関名(直近)	○ ○ 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 / 日	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 年 月 日	前年度	課税 / 非課税	有効期限	令和 年 月 日	交付年月日	令和 年 月 日	発行期日	令和 年 月 日	適用区分	低所得 I / 低所得 II	70歳到達	適用区分	低所得 I / 低所得 II	発行期日	令和 年 月 日	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

FAX済

本人確認欄

免 個  
在 旅  
障 国  
診 他

受付者