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

（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**	〒　　－ 長野市		
	氏名		個人番号	
認定対象者	**氏名**	世帯主との続柄（　　）	**生年月日**	昭・平・令　　年　　月　　日生
			個人番号	
日中の連絡先（緊急時）	―		―	
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。				

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

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）	

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　　年　　月　　日	前年度	課税　/　非課税		
有効期限	令和　　年　　月　　日	適用区分	ア　イ　ウ　エ　オ		
交付年月日	令和　　年　　月　　日		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		

70歳到達	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 現役並みⅠ　現役並みⅡ	