

記載例

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

被保険者記号・番号		1234567			
世帯主	住所	藤枝市□□□ ○丁目△番地			
	氏名	藤枝 太郎			
	個人番号	1234 5678 9012			
限度額適用 減額対象者	氏名	藤枝 花子	生年月日	昭和○年□月△	
	個人番号	9876 5432 1098			
	世帯主との続柄	妻			
長期入院	該当・非該当	第三者行為	有・無		
申請日の前1ヶ月間の入院期間（日数）		年 月 日から		日間	
直近の12カ月の間に合計90日以上 の入院をされている場合は「該当」に○、 していない場合は「非該当」に○を付けてください。		第三者行為（交通事故等）が理由 で病院を受診する場合は「有」に○、 そうでなければ「無」に○を付けてください。		日間	
入院をした保険医療機関等		所在地			
3	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
4	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
5	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

上記のとおり、国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定証の交付を申請します。

令和 ○年 □月 △日

藤枝市長 様

申請者 世帯主氏名 藤枝 太郎

代理人氏名

（自署または記名押印）

TEL 054-123-4567

（市使用欄）

番号確認方法	本人確認方法	保険証区分	適用区分	収納	受付者	90日超	決 裁
☐ 個人番号カード	☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳	70未満・前高				該当	
☐ 番号通知カード	☐ 在留カード	般・本・扶				チラシ配布	
☐ 住民票の写し等	☐ 個人番号カード						
☐ システム（住基・国保）	☐ （ ）						