

申請書の記入日をご記入ください。

交付を希望される方の被保険者証番号をご記入ください。

交付を希望される世帯の世帯主名をご記入ください。

認定申請書(兼同意)

(申請先) 横浜市 区長

令和 2 年 4 月 1 日

① 被保険者証記号・番号

40	1	2	3	4	5	6	7	8
----	---	---	---	---	---	---	---	---

② 申請者(世帯主)氏名及び個人番号

横浜 花子										
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

③ 申請者(世帯主)住所及び連絡先

横浜市 中 区 港町1-1	平日昼間に連絡がつきやすい電話番号をご記入ください。
	連絡先 045 (0550) 0012

交付を希望される方の住所をご記入ください。

(減額)認定を受けたいので、申請します。

また、次の者の国民健康保険(限度額適用・標準負担額減額)認定証の交付に要する所得基準判断のため、私及び私の世帯の世帯員の市民税の課税内容及び所得金額をご記入ください。

交付を希望される方の氏名、生年月日をご記入ください。

④ 適用認定対象者の氏名、生年月日及び個人番号

横浜 花子	昭和・平・令 2 年 4 月 1 日
	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9

※ ここから下は、非課税世帯に属する長期入院該当者のみ記入してください。

⑤ 申請日を含む月以前12か月の入院期間及び日数

入院日数合計 91 日間

(1) 令和 2 年 1 月 1 日～ 令和 2 年 3 月 31 日 (91 日間)

入院をした保険医療機関等	名称	〇〇〇病院
	所在地	△△市△△町1-1

(2) 年 月 日～ 年 月 日 (日間)

入院をした保険医療機関等	名称	住民税非課税世帯に属する方で、長期入院で入院をされている方は入院期間、入院先医療機関等名称、所在地をご記入ください。
	所在地	

(3) 年 月 日～ 年 月 日 (日間)

入院をした保険医療機関等	名称	
--------------	----	--

※以下のものを同封したかチェックしてください。

(⑤を記入された方のみ) 入院日数の確認できるもの(領収書のコピー等)

証交 月 日

世帯所得区分	70歳未満 アイウエオ	70歳以上	現 II 現 I		長期該当認定	該当・非該当	却下決定	年 月 日
			低 II 低 I	長期該当日	年 月 日			

※処理欄	課長	係長	係員	上記のとおり処理します。		受付	入力処理	未納	証交付	却下通知
				起案	年 月 日			あり	郵送	
				決裁	年 月 日			なし	窓口	
(備考)										