

国民健康保険被保険者証を確認しながら
太枠内のみ 記入してください。

国民健康保険 限度額適用
 標準負担額減額 認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額
 (新規・長期・更新)

(あて先) 宇都宮市長

被保険者記号番号		001-12345		一般・退職・退扶	平成 年 月 日
世帯主	住所	宇都宮市 旭1-1-1 アサヒコーポ101号室 ☎654-3210			
	氏名	宇都宮 太郎 ㊟ (自署の場合押印省略可)			
	個人番号	XXXXXXXXXXXXXX			
認定対象者	氏名	宇都宮 宮子	世帯主との続柄	子	
	生年月日	昭和・平成・令和 50年12月10日			
	個人番号	XXXXXXXXXXXXXX			
長期入院	該当・非該当				
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から	平成 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)	平成 年 月 日から	平成 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)	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

市民税確認欄	ア・イ・ウ・エ・オ・ 現役並みⅠ・現役並みⅡ・低Ⅰ・低Ⅱ	担当者名	受付者の㊟ 又はサイン
完納状況	完納 ・ 未納		