

国民健康保険

①限度額適用

②標準負担額減額

③限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

(新規・長期・更新)

(あて先) 宇都宮市長

記号番号				—						一般・退本・退扶	令和	年	月	日
世帯主	住所	宇都宮市												
	氏名	電話 — —												
	個人番号	㊦ (自署の場合押印省略可)												
認定対象者	氏名									世帯主との続柄				
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日												
	個人番号													
長期入院	該当・非該当	申請日の前12か月の入院日数が91日以上の場合は長期該当										入院日数確認 ☐		
長期該当年月日											令和 年 月 日			
長期申請年月日											令和 年 月 日			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)										令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで			
	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)										令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで			
	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)										令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等										名称			
											所在地			

再交付該当 ☐	発効期日 令和 年 月 日
--------------------------------	---------------

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	センター・出張所	本庁
	完納状況		完納 ・ 未納 ・ 70歳以上確認不要	