

記載例

国民健康保険被保険者証を確認しながら、
二重線内を記入してください。

① 限度額適用
② 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	1 2 3 - 4 5 6 7 8	一般	退本・退扶	令和6年2月1日
世帯主	住所	宇都宮市旭1-1-5 電話 028 - 632 - 0000		
	氏名	国保 太郎 (自署の場合押印省略可)		
	個人番号	1234-5678-9012 (マイナンバーは省略可)		
認定対象者	氏名	国保 花子	世帯主との続柄	妻
	生年月日	昭和・平成・令和 45年 1月 1日		
	個人番号	9876-5432-1098 (マイナンバーは省略可)		
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 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	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	