

- 70歳以上
- 70歳未満

交付を希望される方の被保険者番号をご記入ください。

(申請先) 横浜 中 区 区 長

限 度 額

交付を希望される世帯の世帯主名および個人番号をご記入ください。

認 定 申 請 書 ( 兼 同 意 書 )

令 和 6 年 1 2 月 5 日

申請書の記入日をご記入ください。

① 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	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
平日昼間に連絡が付きやすい電話番号をご記入ください。			
連絡先 045 ( 0000 ) 0012			

次の者と国民健康保険(限度額適用・標準負担額減額)認定を受けたいので、申請します。  
 交付を希望される方の国民健康保険(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、私及び住所をご記入ください。市民税の課税内容及び所得金額について、交付を希望される方の氏名、生年月日、個人番号をご記入ください。

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	平成 2 年 4 月 1 日
	9 9 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 6 年 9 月 1 日～令和 6 年 11 月 30 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	
	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	
	所在地	

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。

※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)

証交付日														月	日
世帯所得区分	70歳未満	ア	ウ	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							長期該当日証交付	年
※処理欄	課長	係長	係員		上記のとおり処理します。				入力処理	未納	証交付	受付			
					起案	年	月	日	あり	郵送					
					決裁	年	月	日	なし	窓口					
(備考)															
本人確認: マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・在留カード・健康保険証・介護保険証・その他															