

【国民健康保険】

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

(申請先) 上田市長

記入日 令和 年 月 日

窓口へ来た人 住所

(世帯主・本人・同一世帯員・代理人) 氏名

電話番号

次のとおり申請します。

来庁者の確認 当課記入欄	(1点確認) 個人番号カード 運転免許証・運転経歴証明書 旅券(パスポート) ()手帳 在留カード 特別永住証明書 官公署から発行・発給された写真付の証等() 氏名、生年月日又は住所記載のもの
	(2点確認) ア 被保険者証 年金手帳 児童手当・児童扶養手当証書 イ 官公署・個人番号利用事務実施者・個人番号利用事務関係者発行の書類等 氏名、生年月日又は住所記載のもの 介護被保険者証 国保税納税通知書等 証・書類名()

被保険者証 記号・番号		受付日	令和 年 月 日
世帯主	住所		
	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	個人番号		
認定適用対象者	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 男・女
	世帯主との続柄	電話番号	
	個人番号		
限度額区分	ア・イ・ウ・エ・オ 減額のみ		
長期入院	該当・非該当	発行期日	令和 年 月 日
申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
交通事故や傷害など第三者の行為によるものか	はい いいえ		

上記の申請を認定し、限度額適用・減額認定証を交付してよろしいですか。

課長	係長	受付者	所得等確認・電算入力日	担当者

【国民健康保険】

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

記入例
認定申請書

(申請先) 上田市長

記入日 令和 4年 4月 1日

窓口へ来た人 住所 上田市大手1-11-16

世帯主・本人・同一世帯員・代理人) 氏名 上田 太郎

電話番号 0268-22-4100

次のとおり申請します。

来庁者の確認 当課記入欄	(1点確認) 個人番号カード 運転免許証・運転経歴証明書 旅券(パスポート) 在留カード 特別永住証明書 ()手帳 官公署から発行・発給された写真付の証等() 氏名、生年月日又は住所記載のもの
	(2点確認) ア 被保険者証 年金手帳 児童手当・児童扶養手当証書 イ 官公署・個人番号利用事務実施者・個人番号利用事務関係者発行の書類等 氏名、生年月日又は住所記載のもの 介護被保険者証 国保税納税通知書等 証・書類名()

被保険者証 記号・番号	123-456-7	受付日	令和 年 月 日
世帯主	住所	上田市大手1-11-16	
	氏名	上田 太郎	生年月日 昭和・平成・令和 35年 12月 1日
	個人番号	1111 2222 3333 (分かれれば記入)	
認定適用対象者	氏名	上田 花子	生年月日 昭和・平成・令和 38年 1月 1日 男・女
	世帯主との続柄	妻	電話番号
	個人番号	4444 5555 6666 (分かれれば記入)	
限度額区分	ア・イ・ウ・エ・オ 減額のみ		
長期入院	該当・非該当	発行期日	令和 年 月 日
申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで 日間	
	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで 日間	
入院をした保険医療機関等	名称		
	所在地		
申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで 日間	
	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで 日間	
入院をした保険医療機関等	名称		
	所在地		
申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで 日間	
	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで 日間	
入院をした保険医療機関等	名称		
	所在地		
交通事故や傷害など第三者の行為によるものか	はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	

上記の申請を認定し、限度額適用・減額認定証を交付してよろしいですか。

課長	係長	受付者	所得等確認・電算入力日	担当者