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

令和　　年　　月　　日

（あて先）横　須　賀　市　長

住　所　横須賀市＿＿＿町＿＿＿丁目＿番（地）＿＿＿号
（方書）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

世帯主（申請者）　氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個人番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次のとおり認定証の交付を申請します。

被保険者証の記号番号			―				―					―	

次の者の当該認定証の交付に要する所得基準判断のため、私及び私の世帯の世帯員の市民税の課税内容及び所得金額について、市長が調査することに同意します。

対象者	氏名		生年月日	昭・平・令　年　月　日生		
	世帯主との続柄		個人番号		長期入院（オ・Ⅱのみ）	該当 非該当

①	申請日の前一年間の入院期間　（日数）	年　月　日から 年　月　日まで		日間
	入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		
②	申請日の前一年間の入院期間　（日数）	年　月　日から 年　月　日まで		日間
	入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		
③	申請日の前一年間の入院期間　（日数）	年　月　日から 年　月　日まで		日間
	入院した保険医療機関等	名称		
		所在地		
		入院日数の合計		日間

（問い合わせ先）横須賀市民生局健康部健康保険課給付係　　電話（直通）822-8232

【ここから下の欄には記入しないでください】

証交付処理　（窓口）（郵送）	・申請者本人確認 ［□ ○　□ ×］ ・収納状況確認（未納） ［□ 無　□ 有］	
適用区分 □ア　□イ　□ウ　□エ　□オ □現Ⅱ　□現Ⅰ　□　低Ⅱ　□低Ⅰ		
長期入院該当処理 ［長期入院91日目　　年　　月　　日］		
備考欄	担当者	受付者

行政センター受付印
受付印