

国民健康保険 { 限 度 額 適 用 } 認定申請書
 { 標 準 負 担 額 減 額 }
 { 限 度 額 適 用 ・ 標 準 負 担 額 減 額 }



練馬区長 殿

以下のとおり申請します。

		申請日	年 月 日				
記号番号	20— —		電話番号	()			
住所							
世帯主	氏名				世帯主個人番号		
限度額適用 ・ 減額対象者	氏名				対象者個人番号		
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		

窓口 に 来 た 方 (申請者)	<input type="checkbox"/> 対象者本人 <input type="checkbox"/> 世帯主または同一世帯員[氏名:]	
	<input type="checkbox"/> 上記以外 [氏名:] [対象者との関係:]	
	[電話番号: ()]	

①	申請日の前1年間の 入院期間(日数)		年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)				
	入院した 保険医療機関等	名称				電話 番号	()
		所在地					
②	申請日の前1年間の 入院期間(日数)		年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)				
	入院した 保険医療機関等	名称				電話 番号	()
		所在地					

*上記住所以外への郵送の場合は以下の太枠内もご記入ください。(送付先が確認できる書類を同封)

送付先の住所	〒		
氏名			対象者との関係
電話番号	()		

若年・前高	<input type="checkbox"/> 若年 <input type="checkbox"/> 前高	保険料滞納	<input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 届出書、 <input type="checkbox"/> 勸奨) <input type="checkbox"/> 無
適用区分	【70歳未満】 <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ		
	【70歳以上】 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> 現役並みI <input type="checkbox"/> 現役並みII		
長期入院	<input type="checkbox"/> 該当[年 月 日から] <input type="checkbox"/> 非該当 ※オ・IIのみ記入		
来庁者本人確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 聴聞 <input type="checkbox"/> その他 ()		
受付者	【備考】		