

記入例

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

認定証交付申請書

被保険者記号・番号		07-01 2345			
世帯主	住所	墨田区吾妻橋1-23-20-203			
	氏名	墨田 一郎	生年月日	昭和40年 10月 10日	
限度額適用 減額対象者	氏名	墨田 花子	個人番号	記入は不要です。	
	世帯主との続柄	妻	世帯主から見た続柄	生年月日	昭和40年 12月 12日
長期入院	該当	非該当	交通事故等の第三者行為	有	無
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。			入院日数合計 (92 日間)		
申請日の前1年間の入院期間(日数)	7 年 6月 16日 から		92 日間		
入院をした保険医療機関等	名称	〇〇病院		申請日前1年間に 91日以上入院している 方は記入	
	所在地	墨田区 1-23-45			
申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から		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)	年 月 日 から		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)	年 月 日 から		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)	年 月 日 から		日間		
入院をした保険医療機関等	名称				
	所在地				

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

必ず申請日を記入してください。

令和 7年 9月 16日

住所 墨田区吾妻橋1-23-20-203

世帯主名 (申請者) 墨田 一郎

個人番号 記入は不要です。

電話番号 03-5608-6123

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 口 保護申請却下通知書 ハ 公簿 () ニ 却下 (理由)	受付番号(第 号) 交付番号(第 号) 認定等年月日 令和 年 月 日
	差額支給	有 ・ 無	食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号(第 号)
	所得区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 低 ・ 低 ・ 現 ・ 現	