

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

課税世帯

定証交付申請書

非課税世帯

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	未記入でも申請できます。	
	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
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 7月 1日 から 7年 9月 30日 まで		
入院をした保険医療機関等			名称	病院	
			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 年 月 日 まで		
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 年 月 日 まで		
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 年 月 日 まで		
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 10月 3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 未記入でも申請できます。

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			受付番号(第 交付番号(第 認定等年月日 令和 年 月 日)
		口 保護申請却下通知書 ハ 公簿( ) ニ 却下(理由)			
	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		