

記入例

第8号様式（第10条関係）

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

被保険者記号番号		03—99—9999						申請日		令和5年4月1日			
減額対象者	氏名	港太郎						生年月日		昭和55年5月5日			
	個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	世帯主との続柄
世帯主	住所	港区芝公園1-5-25 電話番号 03 (3578) 2111											
	氏名	港太郎						生年月日		昭和55年5月5日			
	個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	

ここから下は、住民税非課税世帯の場合のみ御記入ください。

長期入院（過去12か月以内の90日を超える入院をいう。）	該当 ・ 非該当
------------------------------	----------

ここから下は、長期入院該当の場合のみ御記入ください。

		入院日数合計（		日間）	
①	申請日の前1年間（日数）	日 日間			
	入院をした保険医療機関等				
②	申請日の前1年間（日数）	日 日間			
	入院をした保険医療機関等				
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日～ 年 月 日 日間			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

住民税非課税世帯の方で、過去12ヵ月の入院日数が90日を超える方のみ「該当」にマル印を記入し、①～③を記入してください。（それ以外の方は空欄で構いません。）

太枠内をご記入ください。
個人番号は空欄でも構いません。

※区処理欄

来所の方	☐ 世帯主	本人確認	☐ 番号カード	☐ 資格確認書・保険証	個人番号	☐ 番号（通知）カード	受付
	☐ 対象者		☐ 免許証	☐ 住基カード		☐ 住民票等	
	☐ 同一世帯（続柄）		☐ パスポート	☐ 在留カード		☐ 区確認（同意有）	
	☐ 代理人（続柄 氏名）		☐ その他（）	☐ その他（）			

確認欄	適用区分（ア・イ・ウ・エ・オ） （現役並みⅡ・現役並みⅠ） （低所得Ⅱ・低所得Ⅰ）
	証交付方法（窓口交付・郵送）

決裁	課長	係長	係員