

記入例

国民健康保険限度額適用認定申請書

被保険者記号番号		記号		番号	
世帯主 (組合員)	住所	真岡市〇町〇〇番地〇〇			
	氏名	国保 太郎	印 国保	生年月日	昭和〇年〇月〇日
適用対象者	氏名	国保 花子		生年月日	昭和〇年〇月〇日
	世帯主(組合員)との続柄	妻		連絡先	0285-83-0000
長期入院	該当・非該当	世帯主 個人番号		対象者 個人番号	
①	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	日間
	入院をした保健医療機関等	名称			
		所在地			
②	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	日間
	入院をした保健医療機関等	名称			
		所在地			
③	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	日間
	入院をした保健医療機関等	名称			
		所在地			
④	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	日間
	入院をした保健医療機関等	名称			
		所在地			
⑤	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	日間
	入院をした保健医療機関等	名称			
		所在地			

申請月以前の12か月の入院日数が90日を超える方は、領収書等、日付が確認できる書類のコピーを添付のうえ、ご記入ください。所得区分によって減額される場合があります。

市区町村長が証明する欄	<p>下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主(組合員)及びその世帯に属する被保険者に 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。</p> <p style="text-align: right;">栃木県真岡市長殿 印</p>
-------------	---

備考「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。