

一般	担任	係長	課長	被保険者証記号番号 50-
退職 本人・扶養				

# 国民健康保険

- 食事療養標準負担額減額認定(兼入院日数届出書)  
 限度額適用・標準負担額減額認定  
 限度額適用認定

# 申請書

(宛先) 川崎市 区長 令和 年 月 日

次のとおり、関係書類を添えて交付を申請します。

世帯主	住所			
	氏名		電話番号	- -
	個人番号			
対象者	氏名		生年月日	
	個人番号		世帯主との続柄	

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 ( 日間)

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		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)		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
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		
④	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		

処理欄	イ 公簿 (非課税・免除・申立)	認定等年月日 令和 年 月 日
	ロ 住民税非課税証明書	発効期日 令和 年 月 日 (適用年月日)
	ハ その他 ( ) ニ 却下 ( )	
適用区分	イ 区分Ⅰ    ホ 区分ア ロ 区分Ⅱ    ヘ 区分イ ハ 区分現Ⅰ   ト 区分ウ ニ 区分現Ⅱ   チ 区分エ リ 区分オ	
入院日数 90日超	令和 年 月 日	長期入院該当 令和 年 月 日

備考欄	
-----	--