

一般	担任	係長	課長	被保険者証記号番号
退職	本人・扶養			50-

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

備考欄

市確認欄 (番号確認・本人確認書類)	番号確認 (1種類)	対象者(世帯主・) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他 ()	本人確認 (2種類) <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()
-----------------------	---------------	--	--	--