

		担任	係長	課長	被保険者記号番号 5 0 -
--	--	----	----	----	-------------------

国民健康保険

(宛先) 川崎市 区長

☐ 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

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 令和 年 月 日 90 日超	長期入院該当 令和 年 月 日

備考欄	本人確認書類 ☐ 免許証 ☐ マイナ ☐ パスポート ☐ 障害手帳等 ☐ その他 ()
-----	---