

色付部分を  
御記入下さい

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

記入例

被保険者証記号番号		ハ千・〇〇〇-〇〇〇〇		← 保険証上記に記載がある「記号」と「番	
世帯主	住所	世帯主の住所			
	氏名	世帯主の氏名	生年月日	世帯主の生年月日	男・女
限度額適用 減額対象者	氏名	認定証が必要な方の氏名	個人番号	認定証が必要な方のマイナンバー	
	世帯主との続柄		生年月日	認定証が必要な方の生年月日	男・女
長期入院	該当・非				
ここから下は、長期入院該当者のみ記入して					
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		名	記入不要です	
	入院をした保険医療機関等		所		
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)		名		
	入院をした保険医療機関等		所		
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)		名		
	入院をした保険医療機関等		所		

記入不要です

窓口で申請する場合は、  
お手続きをされる方の本人確認書類  
(マイナンバーカード・運転免許証等)  
を提示し、申請してください。

郵送で申請する場合は、  
申請書御記入者の本人確認書類  
(マイナンバーカード・運転免許証など、  
住所・氏名が分かるもの)の写しを添えて、  
申請書と郵送してください。

上記のとおり関係書類を...の交付を申請します。

記入日

年 月 日

住所	世帯主の住所	
世帯主名 (申請者)	世帯主の氏名	個人番号 世帯主のマイナンバー
電話番号	市からの連絡を受け取る際の電話番号	

八戸市長  
殿

届出者	申請書記入者(世帯主の場合、記入不要)
続柄	世帯主との続柄
連絡先	申請書記入者の連絡先

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿( ) ニ 却下(理由 )	受付番号(第 号) 交付番号(第 号) 認定等年月日 年 月 日
	差額支給	有 ・ 無	食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号(第 号)