

色付部分を
ご記入ください

国民健康保険

限度額適用

標準負担額減額

限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

記入例

被保険者記号・番号		ハ千・〇〇〇-〇〇〇〇				← 保険証または資格確認書等に記載がある「記号」と「番号」です。	
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ください。

①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	名 所
	入院をした保険医療機関等	
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）	名 所
	入院をした保険医療機関等	
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）	名 所
	入院をした保険医療機関等	

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、
申請書ご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添えて、申請書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
電話番号	市からの連絡を受ける際の電話番号
個人番号	世帯主のマイナンバー

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）