

記入例

第10号様式

(用紙規格 J I S A 4)

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定証交付申請書
 限度額適用・標準負担額減額

被保険者 記号・番号	21- 1234567	世帯主との続柄	妻	
限度額適用・減額対象者	氏名	八千代 花子	生年月日	令和2年3月3日
	個人番号	(記入不要)	交通事故等の第三者行為	有・ <input checked="" type="radio"/>

下の欄は、申請の前1年間の入院日数が90日を超える非課税世帯の方のみ記入してください。

長期入院	<input checked="" type="radio"/> 該当・非該当
①	② 申請日の前1年間の入院期間(日数)
②	申請日の前1年間の入院(日数)

非課税世帯の方で
申請月からさかのぼって1年間で91日以上入院がある場合は該当に○をし、①～②欄へ入院日数と医療機関を記入してください。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

書類をご記入いただく日

世帯主の方のご住所・お名前・お電話番号

住所 八千代市大和田新田〇-〇

世帯主 氏名 八千代 太郎

個人番号 (記入不要)

電話 ()

(宛先) 八千代市長

代理人	氏名	対象者との関係
	電話	

決済	世帯主以外の方が申請書を持参する場合は代理人欄も記入してください。		未納	有・無	非課税	交付方法	窓口・郵送
			区分	ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ			
裁	令和 年 月 日		交付年月日	令和 年 月 日			
			発効期日	令和 年 月 日			
			長期入院該当年月日	令和 年 月 日			
公印使用承認印	令和 年 月 日		有効期限	7月末・1月末・その他(/)			