

**課税世帯
などの
記入例**

正（※）を利用すれば、事務等に利用される個人番号カード

課税世帯および非課税世帯であって長期入院（限度額適用を受けて90日以上）でない場合

限度額適用

標準負担額減額

限度額適用・標準負担額減額

国民健康保険

認定申請書

世帯主様の住所・氏名・電話番号・個人番号をご記入ください。

下記のとおり認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

申請人（世帯主）住所 坂井市 坂井町下新庄〇〇-〇〇

氏名 坂井 太郎

（電話 50-1234）

個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

世帯主様以外の方がお手続きする場合はこちらの住所・氏名・電話番号もご記入ください。

窓口に来た方 住所 坂井市 同上

氏名 坂井 春江

（電話 50-1234）

被保険者の 記号・番号	井さ 111-222-30		区分	一般 高齢者	退職本人・退職扶養								
限度額適用 減額対象者	氏名	坂井 一郎		生年月日	昭・平・令 60年 1月 2日								
	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	9	8	7
	世帯主との続柄	子		長期入院	該当・非該当								

①	申請日の前1年間の入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	累計 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	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	累計 日間
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		

<市役所記入欄> ※ここから下は記入しないでください。

課長	参事	補佐	係	受付

運免・番号カード・（ ）

区分	70歳未満	一般(ウ・エ)・上位(ア・イ)・非課税	上記申請に係る 入院日数の累計	日
	高齢受給者	現役並みⅡ・現役並みⅠ・低Ⅱ・低Ⅰ		
発効期日	令和 年 月 日	長期入院 該当	該当・非該当	
交付年月日	令和 年 月 日		年 月 日から	

**非課税世帯
長期入院の
記入例**

(※)を利用すれば、
に利用される個人番

70歳未満 非課税世帯または70歳～74歳 低所得Ⅱの世帯
長期入院 (限度額適用の適用を受けてから90日以上)の場合

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

世帯主様の住所・氏名・
電話番号・個人番号をご
記入ください。

下記のとおり認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

申請人(世帯主) 住所 坂井市 坂井町下新庄〇〇-〇〇

氏名 坂井 太郎
(電話 50-1234)

個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

世帯主様以外の方がお手
続きする場合はこちらの
住所・氏名・電話番号も
ご記入ください。

窓口に来た方 住所 坂井市 同上

氏名 坂井 春江
(電話 50-1234)

被保険者の 記号・番号	井さ 111-222-30	区分	一般・高齢者	退職本人・退職扶養
限度額適用 減額対象者	氏名	坂井 一郎	生年月日	昭・平・令60年1月2日
	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 9 8 7		
	世帯主との続柄	子	長期入院	該当・非該当

現在お持ちの認定証の『適用区分欄』
が『オ』又は『区分Ⅱ』と記載がある
方で、過去1年間に入院期間が90日
を超える場合は、こちらの欄もご記載
願います。

申請日の前1年間の入院期間	令和3年12月1日から 令和3年12月20日まで	20日間	累計 20日間
名称	坂井市三国町中央1丁目2-34		
所在地	市立三国病院		
令和4年4月15日から 令和4年6月28日まで	74日間	累計 94日間	
名称	福井市四ツ井2丁目8-1		
所在地	福井県立病院		

<市役所記入欄> ※ここから下は記入しないでください。

課長	参事	補佐	係	受付

運免・番号カード・()

区分	70歳未満	一般(ウ・エ)・上位(ア・イ)・非課税	上記申請に係る 入院日数の累計	日
	高齢受給者	現役並みⅡ・現役並みⅠ・低Ⅱ・低Ⅰ		
発効期日	令和 年 月 日	長期入院 該当	該当・非該当	
交付年月日	令和 年 月 日		年 月 日から	