課税世帯 などの 記入例 E(※)を利用すれば、事間 Bに利用される個人番号カ 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

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

下記のとおり認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

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。

申請人(世帯主)住所 坂井市 **坂井町下新庄**〇〇一〇〇

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

般高齢者 被保険者証の #さ 111-222-30 区分 退職本人・退職扶養 記号・番号 生年 坂井 一郎 氏名 昭 · 平 · 令 60 年 1月 2日 月日 限度額適用 7 5 9 7 個 人 番 号 9 8 3 2 減額対象者 子 世帯主との続柄 長期入院 該 当 ・ 非該当

1	申請日の前1年間の入院期間		年 月 年 月	日から 日まで	日間	累計日	間
	入院をした保険医療機関等	名 称					
	八尻をした休快占原機関寺	所在地					
2	申請日の前1年間の入院期間		年 月 年 月	日から 日まで	日間	累計日	間
4	入院をした保険医療機関等	名 称					
	八匹をした休陕医療機関寺 	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	70 歳未満	一般(戊	フ・エ)	・上位	上記申請					
区分	高齢受給者	現後	设並みⅡ	・現役並	ン ひ I ・ 但	EII・低 I		入院日数	日	
発	効 期 日	令和	年	月	日	長期入院		該 当	· 非	該当
交	付年月日	令和	年	月	日	該当		年	月	日から

非課税世帯 長期入院の 記入例

(く) を利用すれば、 こ利用される個人番- 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

下記のとおり認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日 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。

申請人(世帯主)住所 坂井市 坂井町下新庄〇〇一〇〇

坂井 太郎 氏名

(電話 50-1234

4 5 6 7 8 9 1 2 3 2 3 個人番号

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

(電話 50-1234

坂井 春江

被保険者証の 記号・番号	井さ	¥ 11	1 – 2	222 -	-30		Þ	区分 (般	高齢者	i j	退職本人	・退職	扶養
限度額適用	氏名	坂‡	#	一 郎	1			三年 月日	(H	平]平	· 令 6 (0 年	1月	2 =	
減額対象者	個	人番	号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	9	8	7
	世帯	主との約	売柄		子		-	長期ノ	、院		該	当	• 非	該当	

申請日の前1年間の入院期間

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。

入院をした保険医療機関等

令和 3年 12月 1日から 20 日間

令和 3年 12月20日まで

累計 20 日間

名 称 坂井市三国町中央1丁目2-34 市立三国病院 所在地

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

福井市四ツ井2丁目8-1 名 称

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	70 歳未満	一般(「	ウ・エ)	 上記申請に係	上記申請に係る				
分	高齢受給者	現征	设並みⅡ	・現役並	入院日数の累	入院日数の累計			
务	善 効 期 日	令和	年	月	日	長期入院	該 当 •	非	該当
ダ	を付年月日	令和	年	月	日	該当	年	月	日から