

太線の枠内だけご記入ください。 ※郵送での発行は取り扱っていませんので、区役所または支所窓口までご持参ください。

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書(高齢受給者用)

被保険者証 記号番号		被保険者氏名	男・女
		個人番号	
		生年月日	昭・平 年 月 日

(いずれかに○を)

- 1 限度額・減額認定証Ⅰに該当します。
- 2 申請月の末日から過去1年間の入院日数の合計が90日を超えています。
- 3 上記には該当しません。

2
に
○
を
つ
け
た
場
合
記
入

入院していた期間(日数)	入院していた(入院中を含む)医療機関
平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 入院日数 日	(名称) (所在地:市町村名)
平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 入院日数 日	(名称) (所在地:市町村名)
平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 入院日数 日	(名称) (所在地:市町村名)

上記のとおり申請します。

(宛先) 名古屋市 区長

平成 年 月 日

申請者(世帯主) 住 所 名古屋市 区 _____

氏 名 _____

個人番号 _____

電話(_____)

決裁	月 日	認定証Ⅰ発効日	月 日	←区分1のとき必ず記入
備考		<input type="checkbox"/> 1 新規(. .)交付		←認定証Ⅰのみを交付したとき
		<input type="checkbox"/> 2 再交付(. .)交付		
		認定証Ⅱ発効日	月 日	←区分3、区分5のとき必ず記入
		<input type="checkbox"/> 3 新規(. .)交付		←認定証Ⅱのみを交付したとき
		<input type="checkbox"/> 4 再交付(. .)交付		
		長期入院該当日	月 日	←区分5、区分6のとき必ず記入
		<input type="checkbox"/> 5 新規(. .)交付		←認定証Ⅱ未交付で申請時に長期入院に該当したとき
	<input type="checkbox"/> 6 追記(. .)交付		←交付済の認定証Ⅱに長期入院該当日を追記したとき	
		<input type="checkbox"/> 7 再交付(. .)交付		