

|                                |   |                  |
|--------------------------------|---|------------------|
| 相模原市<br>国民健康保険                 | <b>国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額<br/>限度額適用 認定申請書</b> |                  |
| 被保険者<br>記号・番号                  | 10-   | 適用・減額対象者<br>個人番号 |
| 適用・減額対象者<br>氏名                 | 生年月日  | 昭平<br>令 年 月 日    |
| 世帯主との<br>続柄                    |   |                  |
| 上記のとおり認定証の交付を申請します。            |   |                  |
| 年 月 日 住 所 _____                |   |                  |
| 申請者（世帯主）氏名 _____               |   |                  |
| 個人番号 _____                     |   |                  |
| 電話番号 自 宅 ( )                   |   |                  |
| 緊急連絡先 ( )                      |   |                  |
| 相模原市長 あて ※国民健康保険に関するご連絡に使用します。 |   |                  |

○申請月を含めた過去1年間に91日以上長期入院をされた方（市民税非課税世帯）のみ  
記入してください（入院の事実が確認できる領収書等の写しを添付してください）。※原本不可

|           |        |                   |    |
|-----------|--------|-------------------|----|
| ①         | 長期入院日数 | 年 月 日～ 年 月 日（ 日間） |    |
|           | 保険医療機関 | 名 称               |    |
| 所在地       |        |                   |    |
| ②         | 長期入院日数 | 年 月 日～ 年 月 日（ 日間） |    |
|           | 保険医療機関 | 名 称               |    |
| 所在地       |        |                   |    |
| 長期入院日数の合計 |        |                   | 日間 |

|  |   |
|--|---|
| 身元確認 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人<br>写真有り（1点のみで可）<br><input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード(写真有り)<br><input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留C <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身・療・精)<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | 代理権確認<br><input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>代理人氏名 _____ 世帯主との続柄 _____ |
| 番号確認<br><input type="checkbox"/> 番号C <input type="checkbox"/> 通知C <input type="checkbox"/> OL <input type="checkbox"/> その他 ( )   |   |

|   |   |  |                  |  |        |
|---|---|--|------------------|--|--------|
| 国<br>保<br>年<br>金<br>課<br>処<br>理<br>欄  | 認定根拠区分<br><input type="checkbox"/> 課税O/L確認 <input type="checkbox"/> 証明書等の添付<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  | 認定証<br>記載<br>年月日 | 交付年月日  | . .    |
|   | 令和 年 月 日<br>( )区民課・まづくりセンター   |  |                  | 発効期日   | . .    |
|   |   |  |                  | 有効期限   | . .    |
|   |   |  |                  | 長期入院該当   | . . から |
| 交付方法 <input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 郵送 { <input type="checkbox"/> 登録地 <input type="checkbox"/> 医療機関 (名称: ) } |   | 適用区分   |                  |  |        |
| 備考  |   | 70歳未満  |                  | 70歳以上  |        |
|   |   | <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ |                  | <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ      |        |
|   |   | ↳ 長期入院: <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当   |                  | ↳ 長期入院: <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 |        |
|   |   |  |                  | <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ <input type="checkbox"/> 現役並みⅡ    |        |