

決裁区分	課長	係長	係員	年度	下記のとおり認定します。				
丁									
起案	令和	年	月	日	発効期日	令和	年	月	日
決裁	令和	年	月	日	新規	70歳以上			
交付	令和	年	月	日	継続	記入(選択)不要!			

※太枠内2ヶ所にご記入の上、ご提出ください。

国民健康保険		1. 限度額適用 2. 限度額適用・標準負担額減額		認定申請書	
被保険者証	記号	01-	番号		
適用・減額 対象者	住所	千代田区			
	氏名		生年月日		年 月 日
	個人番号 (マイナンバー)				
	世帯主		世帯主との続柄		男・女

※①～③については、長期入院(過去1年間で90日間以上の入院)該当者のみご記入ください。

①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(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年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(日間)			
	入院をした保険医療機関等	名称			
所在地					
③	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(日間)			
	入院をした保険医療機関等	名称			
所在地					

上記のとおり 1. 限度額適用の認定
2. 限度額適用および標準負担額減額の認定 を申請します。

なお、この申請にあたって、私の世帯の所得状況、および国民健康保険料の納付状況を保険年金課が確認することに同意します。

令和 年 月 日

世帯主 氏名
個人番号(マイナンバー)
電話番号 ()

千代田区長 殿

適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ(非課税)	非Ⅱ・非Ⅰ 現Ⅱ・現Ⅰ	長期入院	該当・非該当
受付	受付年月日	所得状況の確認	保険料滞納の有無	確認者
No.	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 課税台帳 <input type="checkbox"/> 非課税・課税額証明書	無・有()	