

相模原市 国民健康保険	国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 限度額適用 認定申請書															
被保険者 記号・番号	10-.....	適用・減額対象者 個人番号	.....	.....	.....											
適用・減額対象者 氏名	生年月日	昭平 令	年	月	日	世帯主との 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 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td></tr></table>																
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90日間以上の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

	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	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 本人	代理人	代理権確認	
写真有り（1点のみで可）	写真無し（2点以上必要）	委任状 その他 ( )	
番号カード 免許証 住基カード(写真有り)	保険証(国・後・社)	代理人氏名	世帯主との続柄
パスポート 在留C 障害者手帳(身・療・精)	年金手帳・証書		
その他 ( )	医療証(障・親・ )		
	その他 ( )		
番 号 確 認			
番号C	通知C	OL	その他( )

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