

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 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 _____	
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

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 写真有り（1点のみで可） <input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 免許証 <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） <input type="checkbox"/> その他（ ）	代理権確認 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ） 代理人氏名 _____ 世帯主との続柄 _____
写真無し（2点以上必要） <input type="checkbox"/> 各種証（国・後・社・介） <input type="checkbox"/> 年金手帳・基礎年金番号通知・証書 <input type="checkbox"/> 医療証（障・親・ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
番号確認 <input type="checkbox"/> 番号C <input type="checkbox"/> 通知C <input type="checkbox"/> OL <input type="checkbox"/> その他（ ）	

国 保 年 金 課 処 理 欄	認定根拠区分 <input type="checkbox"/> 課税O/L確認 <input type="checkbox"/> 証明書等の添付 <input type="checkbox"/> その他（ ） 受付者 _____		認定証 記載 年月日	交付年月日	. .
	令和 年 月 日 ()区民課・まぐりセンター			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 ↳ 長期入院: <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		<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 <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ <input type="checkbox"/> 現役並みⅡ	