

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			.....				
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	
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・)	世帯主との続柄	
	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	受付者		有効期限	. .
	() 区民課・まびくりセンター			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		