

記入例

保険料係

承認	交付	受付・入力

第5号様式の3(第8条、第8条の3及び第8条の4関係)

- 1 国民健康保険限度額適用認定申請書
- 2 国民健康保険食事療養標準負担額減額認定申請書
- 3 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者記号番号		17 - 00 - 0000		太枠の部分をご記入ください	
世帯主 (申請者)	住所	東京都北区 王子本町一丁目(町) 15番 22号 北区役所マンション101号室			
	氏名	北区 太郎		生年月日	昭和30年 1月 1日
限度額適用 減額対象者	個人番号	0000000000000000			
	氏名	北区 花子		生年月日	昭和32年 2月 2日
	個人番号	0000000000000000			
マイナンバー	世帯主との続柄	妻		連絡先	03(1111)1111
限度額の区分	ア・イ・ウ・エ・オ	現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ	保険料の滞納	無・有	
代理人による 申請の場合 (後見人など)	代理申請者 氏名	手続を代行する方がいる場合は必要に応じてご記入ください。			
	世帯主との関係	()			
証送付先	<input type="checkbox"/> 世帯主住所と同じ <input type="checkbox"/> 代理人申請者住所と同じ <input type="checkbox"/> その他(〒 -)				
長期入院 (過去12か 月の入院日 数が91日以 上ある場 合)	非該当 ・ 該当		入院等で送付先を自宅以外 にする場合はご記入ください。		
	医療機関名	所在地	日数	期間	

年 月 日

東京都北区長殿

以下職員記入

<input type="checkbox"/> 70歳・75歳到達	年 月～:区分()	<input type="checkbox"/> 外	入国日:	国名:
<input type="checkbox"/> 区分変更	長期入院/その他()	<input type="checkbox"/> 再交付	紛失 前証発行期日:	
<input type="checkbox"/> 長期入院該当確認資料	領収書/電話/レセプト	医療機関名		
<input type="checkbox"/> 遡及発効	年 月 日から発効	電話		
<input type="checkbox"/> 住変・主変・氏変	異動日:	担当者	新規	継続 旧区分
備考				