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

被保険者証記号番号	１７　－　　－

世帯主（申請者）	住　所	東京都北区　　丁目(町)　　番　　号		
	氏　名		生年月日	年　月　日
	個人番号			
限度額適用減額対象者	氏　名		生年月日	年　月　日
	個人番号			
	世帯主との続柄		連絡先	（　　）

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		代理申請者住　所	〒
	世帯主との関係		代理申請者連絡先	（　　）
証送付先	□ 世帯主住所と同じ　□ 代理人申請者住所と同じ □ 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			
	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

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

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

太枠の部分をご記入ください

被保険者証記号番号		17 － 00 － 0000		
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
	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		
限度額適用減額対象者	氏　名	北区　花子	生年月日	昭和32　年　2月　2日
	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		
	世帯主との続柄	妻	連絡先	03(1111)1111

マイナンバー

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	代理申請者	〒
	世帯主との関係	連絡先	（　　）

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。

証送付先	□ 世帯主住所と同じ　□ 代理人申請者住所と同じ □ その他（〒　　－　　）

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。

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			
	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

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