

様式第5(第6条関係)

国民健康保険  
 限度額適用  
 食事療養標準負担額減額  
 限度額適用・標準負担額減額  
 生活療養標準負担額減額  
 認定申請書

年 月 日

(あて先)北名古屋市長

次のとおり関係書類を添えて、認定証の交付を申請します。

交付を申請する認定証		<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 食事療養標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 生活療養標準負担額減額認定証					
被保険者証記号番号							
世帯主	住所	北名古屋市					
	氏名			性別	男・女	個人番号	
	生年月日	年	月	日			
限度額適用減額対象者	氏名			性別	男・女	個人番号	
	生年月日	年	月	日	世帯主との続柄		
資格区分		<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職扶養					
適用区分		<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ <input type="checkbox"/> 現Ⅱ <input type="checkbox"/> 現Ⅰ <input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 低Ⅰ					
長期入院		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当					
交通事故等の第三者行為		有 ・ 無					
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで					
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
2	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで					
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
3	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで					
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					

※ 当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者が  
 年度の市(区)町村民税が課税されていない証明書を添付してください。

※ 長期入院該当の場合は、入院期間を確認できる書類(領収書等)を添えてください。

処 理 欄	確認方法	適用日	年 月 日
	・非課税証明書 ・公簿( ) ・滞納(有・無)	長期該当日	年 月 日
		交付年月日	年 月 日

