□	70歳以上
□	70歳未満

国民健康保険　限度額適用・標準負担額減額　認定申請書(兼同意書)

年　　月　　日

(申請先)横浜市　　区長

① 記号・番号

40									

② 申請者(世帯主)氏名及び個人番号

③ 申請者(世帯主)住所及び連絡先

横浜市　　区

連絡先　(　　)

次の者について国民健康保険(限度額適用・標準負担額減額)認定を受けたいので、申請します。

また、次の者の国民健康保険(限度額適用・標準負担額減額)認定証の交付に要する所得基準判断のため、私及び私の世帯の世帯員の市民税の課税内容及び所得金額について、区長が調査することに同意します。

④ 適用認定対象者の氏名、生年月日及び個人番号

	年　月　日

※ ここから下は、非課税世帯に属する長期入院該当者のみ記入してください。

⑤ 申請日を含む月以前12か月の入院期間及び日数

入院日数合計　　日間

(1)　年　月　日～　年　月　日(　日間)		
入院をした保険医療機関等	名　称	
	所在地	
(2)　年　月　日～　年　月　日(　日間)		
入院をした保険医療機関等	名　称	
	所在地	
(3)　年　月　日～　年　月　日(　日間)		
入院をした保険医療機関等	名　称	
	所在地	

※ここから下は、記入しないでください。

証交付日	年　月　日	発効期日	年　月　日	有効期限	年　月　日			
世帯所得区分	70歳未満	ア　イ ウ　エ オ	70歳以上	現Ⅱ　現Ⅰ 低Ⅱ　低Ⅰ	長期該当認定	該当・非該当	却下決定	年　月　日
					長期該当日証交付	年　月　日 あり・なし	却下通知	年　月　日

※処理欄	課長	係長	係員	上記のとおり処理します。	入力処理	未納	証交付	受付
				起案　年　月　日 決裁　年　月　日		あり・なし	郵送・窓口	
	(備考) **本人確認**：マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・在留カード・健康保険証・介護保険証・その他							