

国民健康保険標準負担額減額認定申請書

年 月 日

(申請先)
横浜市 区長

住 所
申請者
氏 名
(世帯主)
電 話 ()

入院時の食事療養に係る標準負担額減額認定を受けたいので、次のとおり申請します。
また、私の世帯の課税内容について調査することに同意します。

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	40							一 般 ・ ⑩ 本 人 ・ ⑩ 被 扶 養 者
減額対象者氏名							生 年 月 日	年 月 日
長 期 入 院	該 当 ・ 非 該 当						入院91日目の 年 月 日	年 月 日
申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年間 月 日まで							
							名 称	
							所在地	
入院をした保険医療機関名								
申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年間 月 日まで							
							名 称	
							所在地	
入院をした保険医療機関名								
申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年間 月 日まで							
							名 称	
							所在地	
入院をした保険医療機関名								

交 付 年 月 日	年 月 日		発 行 期 日 (開 始 年 月 日)	年 月 日	
長期該当年月日	年 月 日		有 効 期 限	年 月 日まで	
喪 失	年 月 日		証回収(回収・未回収) 年 月 日	1 国保喪失 2 課税 3 その他	
処 理 欄	課 長	係 長	係 員	決 裁	受 付
				年 月 日 起案	
				年 月 日 決裁	
	(備 考)				