

第 15 号様式の 2

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

被保険者証記号・番号

申請者(世帯主)氏名

40									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	㊞
--	---

申請者(世帯主)住所及び電話

横浜市	区
電話 ()	

私の世帯は、国民健康保険法施行令第 29 条の 3 第 3 項第 3 号又は第 4 号に該当しており、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。

適用認定対象者の氏名及び生年月日

	年 月 日
--	-------

ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。

申請日を含む月以前 12 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。

証交付年月日	年 月 日	発効期日	年 月 日	有効期限	年 月 日			
長期該当認定	該当・非該当	長期該当年月日	年 月 日	却下決定	年 月 日			
処 理 欄	課長	係長	係員	上記のとおり処理します。	受付	入力処理	証交付	却下通知交付
				起案	年 月 日			
				決裁	年 月 日			
(備考)								