

記入例

次の①から⑥を記入してください。

国民健康保険

標準負担額減額

認定申請書

【記入方法】

- ① 住所
- ② 保険証記載の「世帯主」氏名
- ③ 電話番号
(日中連絡が取れる番号)
- ④ 認定証が必要な方の氏名
- ⑤ 認定証が必要な方の生年月日
- ⑥ 保険証の記号番号

整理番号

負担額減額

住所 盛岡市

① 内丸12番2号

世帯主

氏名

② 盛岡 太郎

個人番号

(電話番号

③ 019-613-8436

)

減額対象者	個人番号		生年月日	⑤ 昭和33年 4 月 1 日		
	氏名	④ 盛岡 花子				
被保険者記号番号		⑥ 0000 - 12345	資格区分		適用区分	
減額認定期日		令和 年 月 日	入院医療機関名			

長期認定期日	令和 年 月 日		申請日より12月以内の入院日数合計		日間
①	申請日前1年間の入院日数	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	名称		所在地	
②	申請日前1年間の入院日数	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	名称		所在地	
⑤	申請日前1年間の入院日数				
	入院をした保険医療機関等	名称		所在地	
		交付方法	直接交付・郵送交付	郵送日	年 月 日

〈切り取りの上、封筒の宛名等にご活用ください〉

申請先

020-8530

盛岡市内丸12番2号

盛岡市役所

健康保険課 給付係 宛