

# 記入見本

健康保険

限度額適用  
標準負担額減額  
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

太線の中だけご記入ください。

(記入日) 令和●年●月●日

申請内容等についてご連絡  
する場合がありますので  
日中連絡のつく電話番号を  
ご記入ください。

申請者 住所 鎌倉市 御成町18番10号  
(世帯主) 氏名 鎌倉 太郎  
電話 (0467) 23 3000  
個人番号 (世帯主様のマイナンバー番号 12桁)

ご記入者様

窓口に来た人

住所 鎌倉市御成町18番10号 申請者との関係  
氏名 鎌倉 花子 (妻)

次のとおり申請します。

被保険者 記号・番号	05- <u>12345678</u>	適用・減額対象者 氏名	<u>鎌倉 花子</u>		
生年月日	<u>S30 年 1 月 1 日</u>	世帯主との 続柄	<u>妻</u>	個人番号	<u>(対象者様のマイナンバー 番号 12桁)</u>

市民税非課税世帯に属する方で、過去12か月内に90日以上入院されている場合はご記入ください。

入院 状況	過去12か月内の入院期間	年		月		日		から	日間
		年	月	日	日	日	日	日間	
入院をした医療機関名	医療機関名	医療機関名①							
		医療機関名②							

以下は、  
該当される方のみ

今回、  
病院にかか  
る方

次のとおり決定してよいでしょうか。(伺い)

決	この欄は、職員使用欄 ご記入不要です。									
前										
(8)										