

保険料係

承認	交付	受付・入力

第5号様式の3(第8条、第8条の3及び第8条の4関係)

- 1 国民健康保険限度額適用認定申請書
- 2 国民健康保険標準負担額減額認定申請書
- 3 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号		17 - -		
世帯主 (申請者)	住所	東京都北区 丁目(町) 番 号		
	氏名	生年月日	年 月 日	
	個人番号			
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	年 月 日	
	個人番号			
	世帯主との続柄	連絡先	()	
限度額の区分	ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ	保険料の滞納	無・有	
代理人による 申請の場合 (後見人など)	代理申請者 氏名	代理申請者 住所		
	世帯主との関係	代理申請者 連絡先	()	
証送付先	<input type="checkbox"/> 世帯主住所と同じ <input type="checkbox"/> 代理人申請者住所と同じ <input type="checkbox"/> その他(〒 -)			
長期入院 (過去12か 月の入院日 数が91日以 上ある場 合)	非該当 ・ 該当			
	医療機関名	所在地	日数	期間

年 月 日

東京都北区長殿

以下職員記入

<input type="checkbox"/> 70歳・75歳到達	年 月～:区分()	<input type="checkbox"/> 外	入国日: 国名:
<input type="checkbox"/> 区分変更	長期入院/その他()	<input type="checkbox"/> 再交付	紛失 前証発行期日:
<input type="checkbox"/> 長期入院該当確認資料	領収書/電話/レセプト	医療機関名	
<input type="checkbox"/> 遡及発効	年 月 日から発効	電話	
		担当者	
<input type="checkbox"/> 住変・主変・氏変	異動日:	新規	継続 旧区分
備考			

記入例

保険料係

承認	交付	受付・入力

第5号様式の3(第8条、第8条の3及び第8条の4関係)

- 1 国民健康保険限度額適用認定申請書
- 2 国民健康保険標準負担額減額認定申請書
- 3 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号		17 - 00 - 0000		太枠の部分をご記入ください	
世帯主 (申請者)	住所	東京都北区 王子本町一 丁目(町) 15 番 22 号 北区役所マンション101号室			
	氏名	北区 太郎		生年月日	昭和30 年 1 月 1 日
	個人番号	00000000000000			
限度額適用 減額対象者	氏名	北区 花子		生年月日	昭和32 年 2 月 2 日
	個人番号	00000000000000			
	世帯主との続柄	妻		連絡先	03(1111)1111
限度額の区分	ア・イ・ウ・エ・オ	現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ	保険料の滞納	無・有	
代理人による 申請の場合 (後見人など)	代理申請者 氏名	手続を代行する方がいる場合は必要に応じてご記入ください。			
	世帯主との関係	()			
証送付先	<input type="checkbox"/> 世帯主住所と同じ <input type="checkbox"/> 代理人申請者住所と同じ <input type="checkbox"/> その他(〒 -)				
長期入院 (過去12か 月の入院日 数が91日以 上ある場 合)	非該当 ・ 該当				
	医療機関名	所在地			

東京都北区長 殿

年 月 日

以下職員記入

<input type="checkbox"/> 70歳・75歳到達	年 月～:区分()	<input type="checkbox"/> 外	入国日:	国名:
<input type="checkbox"/> 区分変更	長期入院/その他()	<input type="checkbox"/> 再交付	紛失 前証発行期日:	
<input type="checkbox"/> 長期入院該当確認資料	領収書/電話/レセプト	医療機関名		
<input type="checkbox"/> 遡及発効	年 月 日から発効	電話		
		担当者		
<input type="checkbox"/> 住変・主変・氏変	異動日:	新規	継続	旧区分
備考				