

※記載例

限度額適用

国民健康保険

認定申請書（台帳）

限度額適用・標準負担額減額

下記のとおり申請するとともに、所得基準確認のため、世帯主及び世帯員の収入等の状況について、税務担当課の課税資料を閲覧することに同意します。

弘前市長 殿

年 月

日中連絡可能な電話番号を記入してください

住所 弘前市大字 上白銀町1-1

マンション7777号

方

捨印

世帯主氏名 弘前 城

印

個人番号 1234 5678 9000

電話（自宅 0172-35-1111）（日中 桜携帯 090-1111-2222）

被保険者証記号番号	弘前 123456	診療の事由	1.病気 2.けが（
対象者	氏名	弘前 桜	生年月日
	個人番号	0009 8765 4321	昭和・平成 令和 5年 5月 15日
		続柄	妻

※マイナ保険証を利用すると、事前の手続きなく高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。

国民健康保険入院時食事療養長期認定申請書（台帳）

上記減額認定書における減額対象者について下記のとおり申請します。

弘前市長 殿

年 月 日

受付印

住所

※12ヶ月以内に90日超

方

世帯主氏名 長期入院のある方のみ記入押印

印

（長期入院該当年月日 令和 年 月 日）

申請日の前1年間	令和 年 月 日から	日間計 日
名称	入院	
所在地		
①	令和 年 令和 年	計 日
②	令和 年 令和 年	計 日
③	令和 年 令和 年	計 日
交付番号		月 日

記入不要です

交付調査日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
発効期日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
適用区分				
退職区分	一般・退本・退家	一般・退本・退家	一般・退本・退家	一般・退本・退家
再交付理由				