様式第8号(第20条，第22条，第22条の2関係)

**太枠の中をご記入ください。個人番号が不明な場合は，空欄にしてください。**

記　入　例

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険 | | | | | 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 | | | |
| 被保険者証記号番号 | | | 記号 | | | 土浦 | | | | 番号 | | | | ○○○○○○ | | | |
| 減額対象者 | | 氏名 | | 土浦　花子 | | | | | | | 生年月日 | | | | S５０年　１月　１日 | | |
| 世帯主との続柄 | | | | | 妻 | | | |  | | | | | | |
| 個人番号 | | ○○○○○○○○○○○○ | | | | | | | | | | | | | |
| 長期入院 | | 該当・非該当 | | | | | |  | | | | | | | | | |
| ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | 入院日数合計　　日間 | | | |
| ① | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | | | | | | | | 年　　月　　日から  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 | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | | | | | | | | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで | | | | | | | 日間 | |
| 入院をした保険医療機関等 | | | | | | | | 名称  所在地 | | |  | | | | | |
| ③ | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | | | | | | | | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで | | | | | | | 日間 | |
| 入院をした保険医療機関等 | | | | | | | | 名称  所在地 | | |  | | | | | |
| ④ | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | | | | | | | | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで | | | | | | | 日間 | |
| 入院をした保険医療機関等 | | | | | | | | 名称  所在地 | | |  | | | | | |

　上記のとおり申請します。

　　　　　　年　　月　　日

**太枠の中をご記入ください。個人番号が不明な場合は，空欄にしてください。**

申請者(世帯主)住所　土浦市大和町９番１号

氏名　土浦　太郎

個人番号　○○○○○○○○○○○○

電話番号　８２６－１１１１

　(申請先)土浦市長

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者処理欄 | 認定等 | イ　市長村民税非課税証明書  ロ　保護申請却下通知書  ハ　公簿(　　　　　　　　　　　　　)  ニ　却下(理由　　　　　　　　　　　) | | 受付番号(第　　　　号)  交付番号(第　　　　号)  認定等年月日  年　　月　　日 |
| 差額支給　　　有・無 | | 標準負担額差額支給台帳受理番号(第　　　　号) | |

備考　市町村民税非課税証明書は，保険者が市町村であって，当該事実を公簿等によって確認することができるときは，省略できる。