

記入例

対象者（限度額認定証が必要な方）：みらい 花子

世帯主：みらい 太郎

手続者：みらい りんぞう（太郎、花子と同一世帯） の場合

様式第10号（第24条、第25条の2、第26条、第28条、第28条の2関係）

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		認定証交付申請書 兼 入院日数届出書		課長	係
被保険者記号番号		記号	みらい	番号	123456		
世帯主	住所	つくばみらい市 福田195					
	氏名	みらい 太郎		生年月日	昭和●年●月●日		
	個人番号						
限度額適用減額対象者	氏名	みらい 花子		生年月日	昭和●年●月●日		
	個人番号	世帯主との続柄					
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。				入院合計日数	日間		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等	名	所	在	称	地	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等	名	所	在	称	地	
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等	名	所	在	称	地	
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等	名	所	在	称	地	

→ 入院期間の欄は、過去十二か月間の入院日数合計が九十日超かつ住民税非課税世帯の方のみご記入ください。

上記のとおり申請します。

住所 つくばみらい市 福田195

令和 ●年 ●月 ●日

氏名 みらい りんぞう
(世帯員)

つくばみらい市長 様

電話番号 0297-58-2111

保険者 処理欄	認定等	ア 市町村民税非課税証明書 イ 保護申請却下通知書 ウ 公簿() エ 却下(理由)	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日
	差額支給	有・無	標準負担額差額支給台帳受理番号 (第 号)