

※記入例

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 受 付 印

住 所 弘前市大字 上白銀町1-1

マンション7777号 方

世帯主氏名 弘前 城

個人番号 1234 5678 9000

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

日中連絡可能な電話番号を

被保険者記号番号	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	昭和・平成・令和 5年 5月 15日
	個人番号 0009 8765 4321	性 別	続 柄 妻

## 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  
長期入院のある方のみ記入

世帯主氏名

（長期入院該当年月日 令和 年 月 日）

申請日の前	平成 年 月 日から	計 日
名		
所 在		
① 平成 令和		日
② 平成 令和		日
③ 平成 令和		日
交付番号		日
交付調		
発効期		
有効期		
適用区		
退職区分		退 家
再交付理由		

記入不要です