

第9号様式(第33条関係)
 第9号の7様式(第33条関係)
 第16号の4様式(第33条関係)
 第16号の8様式(第33条関係)

限度額適用
 食事療養標準負担額減額
 生活療養標準負担額減額
 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		04 65	-	.		電話番号	
世帯主	住所	新宿区					
	氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		男・女	
	マイナンバー						
限度額適用	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日		男・女	
減額対象者	マイナンバー		世帯主との続柄	本人 ・ 配偶者 ・ 子 ・ その他()			

同一世帯の国民健康保険被保険者(上記以外)

1	氏名		4	氏名	
	マイナンバー			マイナンバー	
2	氏名		5	氏名	
	マイナンバー			マイナンバー	
3	氏名		6	氏名	
	マイナンバー			マイナンバー	

※高額療養費の自己負担限度額は世帯の所得等によって決定します。

※原則として、申請のあった月の初日から適用になります。

○下欄は住民税非課税世帯の方のみ、ご記入願います。

長期入院(過去1年以内に90日を超える入院)の有無(該当するものに○を付けてください。)

・該当(長期入院あり)

・非該当(長期入院なし)

※該当(長期入院あり)に○をつけた方は、裏面に入院先医療機関名等をご記入ください。

令和 年 月 日

市区町村長が 証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に 属する被保険者に____年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 市区町村長名 _____ 印
-----------------	---

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、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。

職員記入欄	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他()						
課長	係長	係員	交付	郵送	受付	確認	1 領収書 2 医療機関の証明 3 その他 ()

※住民税非課税世帯の方で、長期入院(過去1年以内に90日を超える入院)に該当される方のみ
ご記入ください。

1	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 令和	年 年	月 月	日から 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)	令和 令和	年 年	月 月	日から 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)	令和 令和	年 年	月 月	日から 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)	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称				
所在地						
5	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称				
所在地						