

《申請書記入例》

表面

《同一世帯以外の方が申請する場合》は、代理申請者名・対象者との関係・連絡先を記入してください。

保険証の記号の先頭二桁と同じ数字に○を付け、以下を続けて記入してください。

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)

新宿 次郎(弟) 090-0000-0000

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

世帯主の情報をご記入ください。

交付を受けたい方の情報をご記入ください。

世帯主・対象者ともにマイナンバーが未記入でも申請は受け付けます。

長期入院の有無について、該当もしくは非該当に丸をつけてください。

被保険者証記号番号	01 65	-00・0000	電話番号	03-0000-0000
住所	新宿区 歌舞伎町1-4-1			
世帯主 氏名	新宿 太郎		生年月日	昭和34年1月1日
マイナンバー	0000 0000 0000			
限度額適用 氏名	新宿 花子		生年月日	昭和50年12月31日
減額対象者 氏名	1111 1111 1111		世帯主との続柄	本人(配偶者・子・その他)

ご記入ください。

住民税非課税世帯の方ですか?

はい いいえ

記入箇所は以上です。
※裏面の記入は必要ありません。

○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をご記入ください。

《長期入院非該当の方》
記入箇所は以上です。
※裏面の記入は必要ありません。

裏面

※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 3 年 12 月 1 日から 令和 4 年 3 月 31 日まで	121 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	○×病院 〇〇区××町1-1-1
4	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 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 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	

長期入院に該当する方のみ、入院期間と入院した医療機関名をご記入ください。

