

第5号様式(第19条、第19条の2、第19条の3関係)

- 国民健康保険限度額適用認定申請書
- 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書
- 国民健康保険食事療養標準負担額減額認定申請書
- 国民健康保険生活療養標準負担額減額認定申請書

年 月 日

(宛先) 流山市長

申請者 住所  
氏名  
個人番号  
(電話 - - )

下記の被保険者について、上記の認定を申請します。

なお、税の申告・世帯移動等による世帯所得区分の変更及び認定証交付基準を満たさなくなった場合は、速やかに認定証を返還します。

被保険者証記号番号		流一			
世帯主	住所				
	氏名	個人番号	年 月 日		男・女
限度額適用減額対象者	氏名	個人番号	年 月 日		男・女
	氏名	個人番号	年 月 日		男・女
	世帯主との続柄		長期入院	該当・非該当	

ここからは長期入院該当者のみ記入ください。

保険医療機関等の領収書等、入院期間を確認できる書類を添付してください。

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
	入院した保険医療機関等	名称			
所在地					

国民健康保険担当課処理欄

適用区分			収納確認	発行方法	備考
上位	一般	非課税		窓口・郵送	
ア・イ・II・I	ウ・エ	オ・II・I			