

第12号様式(第8条、第8条の2、第8条の3関係)

国民健康保険 { 限度額適用
標準負担額減額 } 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

練馬区長 殿

以下のとおり申請します。

申請日	年 月 日	
記号番号	20— —	電話番号 ()
住所		
世帯主氏名	世帯主個人番号	
限度額適用・減額対象者氏名	対象者個人番号	
生年月日		

窓口に来た方	<input type="checkbox"/> 対象者本人 <input type="checkbox"/> 世帯主または同一世帯員[氏名:]
	<input type="checkbox"/> 上記以外 [氏名:] [対象者との関係:]

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 (日間)	
	入院した保険医療機関等	名称 所在地	電話番号 ()
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院した保険医療機関等	名称 所在地	電話番号 ()

*上記住所以外への郵送の場合は、以下の太枠内もご記入ください。

送付先の住所	〒	
氏名	対象者との関係	
電話番号	()	

※認定証の有効期限の開始日(発効期日)は原則として、申請を受理した当月の1日からとなります。例えば、9月30日に申請を受理した場合には9月1日から有効な認定証を交付します。ただし、8月1日が発効期日の証についてのみ、前月の7月から申請を受け付けており、証を交付できます。
対象者の保険証のコピーを同封のうえ申請してください。

記入方法 ※消えないペンで記入してください

申請日、記号番号、電話番号、住所、世帯主の氏名、世帯主の個人番号をご記入ください。個人番号は、記載がない場合はこちらで記載させていただきます。

認定の対象となる方の氏名、生年月日、個人番号をご記入ください。個人番号は、記載がない場合はこちらで記載させていただきます。

郵送での申請の場合は、申請書を記入した方についてご記入ください。

令和5年度の世帯全員の住民税が非課税の場合で、申請日の前12か月で90日を超える入院があった場合はご記入ください。

郵送による申請の場合、認定証は住民登録されている住所に、世帯主宛に送付します。別の送付先を希望される場合は、送付先の住所等をご記入のうえ、送付先の住所が確認できる書類(運転免許証等の本人確認書類、公共料金の領収書、消印のある郵便物のコピーのいずれか一つ)を添付してください。