

(受付印)

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

下記のとおり関係書類を添えて申請します。

被保険者証番号		三好	資格区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退本 <input type="checkbox"/> 退扶		
世帯主	住所					
	氏名	Ⓜ	生年月日	昭和 平成	年 月 日	男・女
	個人番号					
認定対象者	氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄		連絡先	() -		
	個人番号					
申請代理人	氏名	Ⓜ	連絡先	() -		
長期入院	該当・非該当		入院日数合計	日間		
①	申請書の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 年 月 日まで			日間
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				
②	申請書の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 年 月 日まで			日間
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				
③	申請書の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 年 月 日まで			日間
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				

※ 住所地以外への送付を希望する場合に記入してください。

送付先	住所	〒			
	氏名(名称)		連絡先	() -	

添付書類 1 申請日の属する年度の市民税賦課期日(1月1日)以降に転入された場合は、賦課期日現在の住所地で発行された所得課税(非課税)証明書

2 長期入院に該当する場合は、入院日数が確認できる書類(領収書等)

※対象者=「適用区分」の欄が『オ』もしくは『区分Ⅱ』で、入院が90日を超える方

市町村記入欄	区 分		適 用		適 用 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 70歳未満	アイウエオ減	限度額等	該当 非該当	限度額等	・ ・	
	<input type="checkbox"/> 70歳以上	区分Ⅰ 区分Ⅱ	長期入院	該当 非該当	長期入院	・ ・	
	所得区分		長期入院該当	収納状況		認 定	受 付
	<input type="checkbox"/> オンライン	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 滞納なし	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 却下	<input type="checkbox"/> 本庁	<input type="checkbox"/> 総合支所
<input type="checkbox"/> 課税(非課税)証明書	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 納付誓約履行	()				
<input type="checkbox"/> その他()	()	<input type="checkbox"/> 納付誓約不履行	()				