

國民健康保険

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	30 - -		申請日	年月日
世帯主	住所			
	氏名			
	電話番号	マイナンバー	- - -	

認定対象者

※認定対象者が世帯主の場合は、氏名及びマイナンバーの記載を省略できます

氏名	続柄	性別	生年月日
	男・女	昭和・平成・令和・西暦	年月日
		マイナンバー	- - -

※同一世帯で複数名分の申請をする場合は、以下にご記入ください

氏名	続柄	性別	生年月日
	男・女	昭和・平成・令和・西暦	年月日
		マイナンバー	- - -

氏名	続柄	性別	生年月日
	男・女	昭和・平成・令和・西暦	年月日
		マイナンバー	- - -

長期入院	該当	・	非該当	※ 申請日の過去1年間に入院した方は記入してください。
①	対象者氏名			
	入院した医療機関等	名称		
		所在地		
	入院期間	年月日から	年月日まで	日間
	年月日から	年月日まで	日間	
②	対象者氏名			
	入院した医療機関等	名称		
		所在地		
	入院期間	年月日から	年月日まで	日間
	年月日から	年月日まで	日間	

市区町村長が 証明する欄	上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。

代理人	氏名	
	連絡先 電話番号	
	続柄	

判定区分	課税	ア・イ・ウ・エ
		現並I・現並II
	非課税	オ・低I・低II

(一般・退本人・退扶養)

確認	交付日	年月日
	発効日	年月日
	有効期限	年月日
	長期該当 (翌月1日認定)	年月日
		確認資料(レセプト・領収証)
	滞納	有・無
	受付	本庁・東部・あい・郵送
	発行者	