

国民健康保険

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		3 0 - -		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年間に入院を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。 <div>市区町村長名 印</div>
-------------	--

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		