

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

被保険者証記号番号		山 6 0				
世 帯 主	住 所					
	氏 名		生年月日			
	個人番号					
限度額適用 減額対象者	氏 名		生年月日			
	個人番号		世帯主との続柄			
長期入院	該当・非該当					
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		
	入院を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		
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
③	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		
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
④	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		
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
⑤	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		
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
交通事故や傷害など第三者の行為によるものか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				

令和 年 月 日

市長が証明する欄	下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 年度の市民税が課されないことを証明する。				
	市長名				
国保料滞納の有無	有・無	認定証	交付済	未交付	回収済

個人番号確認欄
届出人 世帯主・代理人（保険証・個人番号通知カード・その他（ ）・無）
本人確認（免許証・保険証・その他（ ）・無）
個人番号通知カード持参（世帯主・被保険者・無）