

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

(宛先)大村市長 様
下記のとおり申請します。

届出日	令和	年	月	日	記号	大村	番号					
世帯主	住所	大村市										
	フリガナ				生年月日	昭・平・令	年	月	日	歳		
	氏名				電話番号	— —						
	個人番号											
対象者①	フリガナ				生年月日	昭・平・令	年	月	日	歳		
	氏名				世帯主との続柄	本人 ・ 妻 ・ 子 その他()						
	個人番号				*長期入院		該当 ・ 非該当					
対象者②	フリガナ				生年月日	昭・平・令	年	月	日	歳		
	氏名				世帯主との続柄	本人 ・ 妻 ・ 子 その他()						
	個人番号				*長期入院		該当 ・ 非該当					

※太枠の中を記入してください。

*過去1年間に91日以上入院

	滞 納	有 ・ 無	※職員処理欄								
適用区分	70歳未満	ア	イ	ウ	エ	オ					
	前高	課税：901万円越	課税：600万円越 901万円以下	課税：210万円超 600万円以下	課税：210万円以下	非課税					
		現役Ⅱ	現役Ⅰ	低Ⅱ	低Ⅰ						
	長期該当日(91日目)	令和	年	月	日	長期適用日(翌月1日)	令和	年	月	日	
(1)	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日			～	年 月 日間					
	入院をした医療機関等	名 称			所在地						
(2)	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日			～	年 月 日間					
	入院をした医療機関等	名 称			所在地						
(3)	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日			～	年 月 日間					
	入院をした医療機関等	名 称			所在地						
備 考											
認定証申請人 本人確認		認定証申請人(別世帯)本人確認				受 付	確 認	区 分 変 更			
<input type="checkbox"/> 世帯主	<input type="checkbox"/> 被保険証 <input type="checkbox"/> 旧認定証	対象者との関係 () 氏 名()			<input type="checkbox"/> 被保険者証						
<input type="checkbox"/> 世帯員	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード				<input type="checkbox"/> マイナンバーカード						
続柄 妻・子・()	<input type="checkbox"/> 運転免許証				<input type="checkbox"/> 運転免許証						
氏 名()	<input type="checkbox"/> その他()				<input type="checkbox"/> その他()						