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

大月市長あて

令和　　年　　月　　日

① 届出人 （窓口に来た方）	住所			
	氏名		連絡先	
	世帯主との関係	□本人　□同じ世帯　□別世帯 ➡ 委任状が必要		

② 世帯主	住所	□①と同じ	連絡先	□①と同じ
	氏名	□①と同じ	生年月日	昭・平　　年　　月　　日

③ 限度額適用 減額対象者	被保険者証記号番号	401－	氏名	□①と同じ　□②と同じ
	対象者個人番号 （マイナンバー）		生年月日	□②と同じ 昭・平　　年　　月　　日
	世帯主との続柄		年齢	

長期入院	該当 ・ 非該当	第三者行為	該当 ・ 非該当

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和　　年　　月　　日 から	
		令和　　年　　月　　日 まで	
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
	□ 別紙の領収書等のとおり		
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和　　年　　月　　日 から	
		令和　　年　　月　　日 まで	
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
	□ 別紙の領収書等のとおり		

市区町村長が 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(組合員)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。 年　　月　　日　　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。

確認欄	□ 滞　納　有 ・ 無 □ 未申告　有 ・ 無 □ 発効期日:令和　年　月　日	□ 70未満: ア・イ・ウ・エ・オ □ 70以上: 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ	□ オ・低Ⅱ　長期(レセプト・領収書) 長期該当:令和　年　月　日 □ 食事代差額請求説明

本人確認		
写真あり 1点	写真なし 2点	その他 (　　)

交付	
窓口	郵送

課長	リーダー	担当者