

受付	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		
届出 令和 年 月 日			

被保険者証記号番号	401-	世帯主個人番号 (マイナンバー)	
世帯主	住所	(TEL)	
	氏名	生年月日	昭・平 年 月 日
限度額適用 減額対象者	氏名	年齢	生年月日 昭・平・令 年 月 日
	対象者個人番号 (マイナンバー)	世帯主との続柄	
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)	年 月 日 から 年 月 日 まで	
	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	
	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	
	入院をした保険医療機関等	名称	
所在地			

年 月 日

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。 <div style="text-align: right;">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。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 滞納 有・無 | <input type="checkbox"/> 70未満: ア・イ・ウ・エ・オ |
| <input type="checkbox"/> 未申告 有・無 | <input type="checkbox"/> 70以上: 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ |
| <input type="checkbox"/> 発効期日
令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 窓口交付・郵送 |

課長	リーダー	担当者