

70歳未満申請用

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

届出者氏名		世帯主との続柄	同世帯員
電話番号	- -		その他()

上記は世帯主以外が申請する場合は記入してください。

被保険者記号番号					
世帯主	住所	電話番号 - -			
	氏名	印	生年月日	T・S・H 年 月 日	男・女
	個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日	男・女
	個人番号				

長期入院※	該当・非該当	※ オ(非課税世帯)に該当し、過去12か月で90日を越える入院がある場合は下記に入院期間等記入ください)			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 日間 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 日間 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 日間 年 月 日まで		
	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 日間 年 月 日まで		
	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 日間 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。 _____
	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、当該事実を公募等によって確認することができるときは、省略できる。

住所地以外に送付を希望する方は下記に記入をしてください。
送り先の記入欄(注)

送り先住所	〒 —					
送り先氏名 名称等						
送り先の種別	後見人等 医療機関または施設等 その他()		連絡先		— —	

注：送り先については、その送り先の後見人または、医療機関等担当者に事前に承諾を得ること。