

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

申請年月日		令和 年 月 日	被保険者証 記号・番号		も
世帯主	住所				
	氏名			生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
	個人番号			電話番号	()
対象者	氏名			生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	個人番号			世帯主との続柄	
長期入院	該当・非該当	※非課税世帯で、申請日の前1年間の入院日数が90日を超える方			
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	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)	令和 年 月 日から	令和 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)	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
世帯主以外の方が来庁した場合は下記も記入してください。 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 () _____ 世帯主との関係 同一世帯員・同一世帯以外の親族・その他 () _____					

備考 非課税証明書等は、保険者が町であって、当該事実を公簿等により確認することができる場合は省略できる。

毛呂山町記入欄

本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバー <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 在カ <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()				
滞納有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※税務課案内 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> その他 ()				
交付日	令和 年 月 日	交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送		
発行期日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日		
適用区分	(ア・イ・ウ・エ・オ)	課長	副課長	係長	担当
	(現役並みⅡ・現役並みⅠ)				
	(低Ⅱ・低Ⅰ)				

台帳番号	
受付印	