

記入例

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

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|--------------------------------------|------|---------|---|---|-----|----|---|---|---|---|---|
| 被保険者証記号番号 | | 599999 | | | | | | | | | | | |
| 世帯主 | 住所 | 江南市赤童子町大堀90番地 | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 江南 太郎 | 生年月日 | 大 | 昭 | 平 | 令 | △ | 年 | □ | 月 | ○ | 日 |
| | 個人番号 | 1234 5678 9012 | | | | | | | | | | | |
| 減額対象者 | 氏名 | 江南 花子 | 生年月日 | 昭 | 平 | 令 | △ | 年 | □ | 月 | ○ | 日 | |
| | 世帯主との続柄 | 子 | 電話 | 54-1111 | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | 1234 5678 9012 | | | | | | | | | | | |
| 長期入院 | 該当 | <input checked="" type="radio"/> 非該当 | 該当日 | 令和 | 年 | 月 | 日から | | | | | | |
| ① | 申請日の前1年間の入院期間（日数） | | | 令和 | 年 | 月 | 日から | | | | | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | | | 令和 | 年 | 月 | 日まで | 日間 | | | | | |
| | | | 名称 | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 2px solid black; padding: 10px;"> <p>【住民税非課税世帯の方】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長期入院の「該当」又は「非該当」を記入してください。 ※長期入院とは、申請を行った月以前1年間で90日を超えて入院している場合のこと。 ・長期入院が「該当」となった方は、①～④について記入してください。 </div> | | | | | | | | | | | | | |
| ④ | 申請日の前1年間の入院期間（日数） | | | 令和 | 年 | 月 | 日から | | | | | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | | | 令和 | 年 | 月 | 日まで | 日間 | | | | | |
| | | | 名称 | | | | | | | | | | |
| | | | 所在地 | | | | | | | | | | |

| 処理欄 | 資格 | | 判定区分 | | | | 収納状況 | 担当者印 |
|------|--------------------------------|----|------|---|-------|------|------|------|
| | | | 若年者 | | 前期非課税 | 前期現役 | | |
| 一般 | 退本 | 退扶 | ア | エ | 区分Ⅱ | 区分Ⅱ | 完納 | |
| | | | イ | オ | 区分Ⅰ | 区分Ⅰ | | |
| | ウ | | | | | 未納有 | | |
| 番号確認 | □本人提示による □本人同意により職員が確認 | | | | | | | |
| 本人確認 | □運転免許証 □個人番号カード □住基カード □その他() | | | | | | | |