

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

年 月 日

天童市長 様

下記のとおり申請します。

記号番号	—				一般・退職(本人・扶養)			
世帯主	住所							
	氏名	印	生年月日	年 月 日				
	個人番号							男・女
限度額適用 減額対象者	氏名	(世帯主との続柄: )		生年月日	年 月 日			
	個人番号							男・女
長期入院	該 当 ・ 非該当							

ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。

		入院日数 合計	( 日間)	
①	申請日の前 1年間の入院期間(日 数)	年 月 日～ 年 月 日( 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)	年 月 日～ 年 月 日( 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)	年 月 日～ 年 月 日( 日間)		
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所在地		

市長が 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及びその世帯に 属する被保険者に、 ____年度の市民税が課されないことを証明する。  _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 年 月 日 天童市長
--------------	--

備考：市長が証明する欄は、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。

処理欄	認定等	1. 市町村民税非課税証明書 2. 保護申請却下通知書 3. 公簿 4. 却下	70歳未満・限度額適用 : ア(上位Ⅱ), イ(上位Ⅰ) : ウ(一般Ⅱ), エ(一般Ⅰ) 70歳未満・標準負担額減額 : 適用区分記載欄なし 70歳未満・限度額適用・標準負担額減額 : オ(非課税) 70～74歳・限度額適用・標準負担額減額 : 低Ⅱ(Ⅱ), 低Ⅰ(Ⅰ)			
	標準負担額差額支給：有(非, 低Ⅱ)・無 標準負担額差額支給台帳発行番号(第 号)		受 理 番 号 (第 号) 認 定 等 年 月 日 年 月 日			
決 裁	年 月 日		課 長	課長補佐	係 長	係
	上記の申請について、認定証を交付(却下)していかげですか。					