

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  |                   |        |                             | 70歳未満 上位(ア・イ) 一般(ウ・エ) 低所得(オ)<br>70歳以上 非課税 |     |
| 減額対象者  | 氏名及び個人番号          |        |                             | 世帯主との続柄                                   |     |
|  | 生年月日              | S・H・R・ | 年                           | 月   | 日   |
| 長期入院区分   | 該当・非該当            |        | ※下欄については、長期入院該当者のみ記入してください。 |   |     |
|  | 申請日の前1年間の入院期間(日数) |        |                             | 入院をした保険医療機関等                              |     |
| 1  | 年                 | 月      | 日から                         | 日間  | 名称  |
|  | 年                 | 月      | 日まで                         |   | 所在地 |
| 2  | 年                 | 月      | 日から                         | 日間  | 名称  |
|  | 年                 | 月      | 日まで                         |   | 所在地 |
| 3  | 年                 | 月      | 日から                         | 日間  | 名称  |
|  | 年                 | 月      | 日まで                         |   | 所在地 |
| 4  | 年                 | 月      | 日から                         | 日間  | 名称  |
|  | 年                 | 月      | 日まで                         |   | 所在地 |
| 5  | 年                 | 月      | 日から                         | 日間  | 名称  |
|  | 年                 | 月      | 日まで                         |   | 所在地 |
| 上記のとおり関係書類を添えて申請します。<br><br>令和 年 月 日<br><br>住所 海部郡大治町大字<br>世帯主 氏名<br>個人番号<br><br>大治町長 殿 (TEL — — ) |                   |        |                             |   |     |

|     |            |      |          |    |
|-----|------------|------|----------|----|
| 処理欄 | 非課税等公簿確認   | 減額台帳 | 認定証交付    | 受付 |
|     | 令和 年 月 日確認 |      | 令和 年 月 日 |    |
|     | 確認者        |      | 交付・長期該当  |    |

税 OK / 対応