

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 (若人・高齢者)

被保険者記号・番号		山 6 -			
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	昭・平・令	年 月 日
減額対象者	氏名		生年月日	昭・平・令	年 月 日
	個人番号		世帯主との続柄		
長期入院	該当・非該当	入院 91 日目			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から		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)	年 月 日から		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)	年 月 日から		年 月 日まで	日間
	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		年 月 日まで	日間
	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		年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称		所在地	
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及びその世帯に属する被保険者に令和 年度の市(区)町村民税が課されていないことを証明する。 _____ _____ 市区町村長名				
(あて先) 防府市長 令和 年 月 日 上記のとおり申請します。この申請について、私の世帯の課税状況を調査することに同意します。 世帯主名 _____ (Tel _____) (個人番号 _____)					
処理欄	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿〔 〕 ニ 却下〔 〕	処理区分	901万超(ア) 現Ⅱ 現Ⅰ 600万超 901万以下(イ) 210万超 600万以下(ウ) 210万以下(エ) 非課税(オ) 低Ⅱ 低Ⅰ	認定年月日(長期・長期非該当) 令和 年 月 日	
備考	交通事故 有・無			確認	<input type="checkbox"/> 保険証、資格確認書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他()

「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市町村であって、当該事実を公簿等で確認することができるときは、省略できる。