

收受印

国民健康保険 標準負担額減額認定 申請書
限度額適用・標準負担額減額認定

受付	入力

<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 長期切替 <input type="checkbox"/> 変更	発効期日 令和 年 月 日	適用区分	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 現Ⅱ <input type="checkbox"/> 現Ⅰ <input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 低Ⅰ
	長期入院	<input type="checkbox"/> 該当 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 非該当	

被保険者証	記号	松国保	番号		一般 ・ 退本 ・ 退扶
-------	----	-----	----	--	--------------

世帯主	住所					電話番号	
	マイナンバー (個人番号)						
	氏名			生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 ・ 西暦		

認定対象者	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	マイナンバー (個人番号)					
	氏名			生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 ・ 西暦		

届出人氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 認定対象者 <input type="checkbox"/> その他 ()				備考	
-------	--	--	--	--	----	--

①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から 日間 年 月 日 まで				
	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 日間 年 月 日 まで				
	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 日間 年 月 日 まで				
	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 日間 年 月 日 まで				
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				

令和 年 月 日

市区町村長が	下記に掲げる当該認定をうけようとする者の属する世帯主 (組合員) 及びその世帯に属する被保険者に 年度の市 (区) 町村民税が課されないことを証明する。		
証明する欄	_____ _____ 市区町村長名 印		

備考 「市区町村長が証明する欄」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。

個人番号の確認 個人カード ・ 通知カード ・ 住民票

来庁者の 身元確認	1点	個人番号カード・免許証・住基カード・パスポート・身障手帳・在留カード・その他 ()
	2点	健康保険証・介護保険証・年金手帳・各種医療受給者証・その他 ()