

收受印

限度額適用認定

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	性別	男・女		
		年	月	日				

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	性別	男・女	
		年	月	日				

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
	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
	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
	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
	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受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（ ）