

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

吉野川市長 殿

被保険者証記号番号	吉野川		申請日	令和 年 月 日	
世帯主	住所				
	氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日	男・女	
限度額適用減額対象者	氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日	男・女	
	世帯主との続柄	個人番号			
長期入院	該当・非該当	令和 年 月 日	電話番号		
認定区分	70未満	ア・イ・ウ・エ・オ・食事のみ	70以上	低所得Ⅰ・低所得Ⅱ	
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			

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 ____年度の市(区)町村民税が課せられないことを証明する。			
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	年 月 日	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。

来庁者の身元(実存)確認欄

*顔写真ありの公的機関発行の身分証明書(1点でよい)

個人番号カード・住基カード・運転免許証・パスポート・身体障害者手帳・在留カード

*顔写真なしの公的機関発行の身分証明書(2点以上必要)

健康保険被保険者証・介護保険証・各種医療受給者証・年金手帳・その他()

1: 第三者行為(交通事故等) 2: その他(自損事故・疾病等) ※傷病の原因が交通事故等の場合、国民健康保険係までご連絡ください。