

国民健康保険 限度額適用 (標準負担額減額 限度額適用・標準負担額減額) 認定申請書

平成 年 月 日

(あて先) 岡 崎 市 長

(世帯主) 住 所 岡崎市

氏 名

(電話 局 番)

次のとおり関係書類を添えて次の認定証の交付を申請します。

交付を申請する認定証	限度額適用認定証 標準負担額減額認定証 限度額適用・標準負担額減額認定証		
被保険者証記号番号	-		
減 額 対 象 者 (適用・減額対象者)	氏名	生年月日	S・H 年 月 日
		世帯主との 続柄	
長 期 入 院	該 当 ・ 非該当		
申請日の前1年間の入院期間 (日数)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間		
	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地	
申請日の前1年間の入院期間 (日数)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間		
	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地	
申請日の前1年間の入院期間 (日数)	平成 年 月 日から 平成 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	次に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯主及びその世帯に属する被保険者に 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。		
	氏名	氏名	氏名
	氏名	氏名	氏名
	平成 年 月 日	市区町村長名 印	

市 処 理 欄	確 認 内 容	イ 市町村民税非課税証明書	減 額 該 当 日	平成 年 月 日
		ロ 保護申請却下通知書	長 期 該 当 日	平成 年 月 日
		ハ 公簿()	長期該当91日	平成 年 月 日
	確 認 年 月 日	平成 年 月 日	低所得 該 当 日	平成 年 月 日
	減 額 非 該 当 日	平成 年 月 日	低所得 該 当 日	平成 年 月 日
適 用 区 分	若人(上位 一般 非課税) 前期高齢者(低所得 低所得)			

起案年月日		課 長	班 長	主任査	班 員
決裁年月日					
施行年月日					

受 付 印

受付	入力	決定
----	----	----

wp