

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 十王町二丁目9番地

氏名 岡崎 太郎

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	0123 - 4567		
減額対象者 (適用・減額対象者)	氏名	岡崎 花子	生年月日 ^S ・H 年 月 日
	長期入院	該当・ 非該当	世帯主との続柄 妻
	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
----	----	----