

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

次のとおり、申請します。

年 月 日

◎太枠内をご記入ください。

加古川市長様

※保険料に未納のある場合、交付されることがあります。

被保険者証の番号		1234567		新規 更新 再交付			
申請者 (世帯主)	住所			区分変更 長期認定			
	加古川町北在家2000番地			所得区分	旧 た だ し 書 所 得	901万円超	
	加古川 太郎					600万円超～901万円	
						210万円超～600万円	
						210万円以下	
			住民税非課税				
氏名				交付	窓口	/	
電話番号		079-421-2000			郵送	/	
個人番号				確認	運転免許証・保険証・個人番号カード その他()		
世帯主 宛名番号				却 下			
対象者※	氏名		加古川 花子		適用区分 (70歳未満)	ア イ ウ エ オ	
	生年月日		△年 ○月 ○日		適用区分 (70歳以上)	現役並み II I 低所得者 II I	
	個人番号				発効期日	年 月 日	
						該当	非該当
宛名番号				長期入院	年 月 日		

マイナンバーカードの番号を記入してください。

マイナンバーカードの番号を記入してください。

※対象者とは、入院されている方又は高額な治療を予定されている方などです。

以下、職員記入欄

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 から	
	入院をした保険医療機関等	名称	
所在地			

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
年度													課税・非課税
年度													課税・非課税

滞納なし	滞納あり	・特別事情あり	受付	確認・入力	
		・適当と認めるとき			
		・保険料係	様確認済		
備考			第三者行為: 有 ・ 無 一般・退本・退扶・前高		