

70歳以上

限度額適用

記入例

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

各項目に、入院等対象者の
情報をご記入ください。

記号番号	02-1234567			
適用・減額対象者	氏名	駒ヶ根 花子	生年月日	S23年 1月 1日生
			個人番号	123456789012 (花子さんのマイナンバー)
	住所	長野県駒ヶ根市赤須町20-1		
世帯主氏名	駒ヶ根 一郎	続柄	妻	
長期入院	該当	非該当		

申請日前一年間に90日を越す入院があった方は、こちらも記入してください。		入院日数合計	122 日間
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和2年 11月 1日から 令和2年 12月 31日まで	61 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	駒ヶ根中央病院 駒ヶ根市赤穂2000番地
2	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和3年 4月 1日から 令和3年 5月 31日まで	61 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	伊那総合病院 伊那市伊那部3000番地
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)		日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	
5	申請日の前1年間の入院期間(日数)		日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	

この欄は、申請日の前一年間に、90日を超える入院がある方のみご記入ください

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。
なお、私の世帯に係る課税台帳等税務関係資料を国保事務担当職員が閲覧することを承諾します。

〇〇年〇〇月〇〇日 住所 駒ヶ根市赤須町20-1
世帯主 氏名 駒ヶ根 一郎
個人番号 345678901234(一郎さんのマイナンバー)
電話番号 83 - 2111

駒ヶ根市長 様

市町村 処理欄	認定 方法	イ. 市町村民税非課税証明書 ロ. 保護申請却下通知書 ハ. 公簿(課税台帳により確認) ニ. 却下(理由:)		
	認定年月日	年 月 日	適用区分	現役Ⅰ 現役Ⅱ 低Ⅰ 低Ⅱ