

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

記号番号	02-		
対象者 適用・減額	氏名	生年月日	年 月 日生
	住所	個人番号	
世帯主氏名			続柄
長期入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 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	日間
1	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から	日間
	入院をした保険医療機関等	年 月 日まで	
	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	日間
	入院をした保険医療機関等	年 月 日まで	
	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	日間
	入院をした保険医療機関等	年 月 日まで	
	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	日間
	入院をした保険医療機関等	年 月 日まで	
	名称		
	所在地		
5	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から	日間
	入院をした保険医療機関等	年 月 日まで	
	名称		
	所在地		

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。

年 月 日 住所

世帯主

氏名

個人番号

電話番号

- -

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	