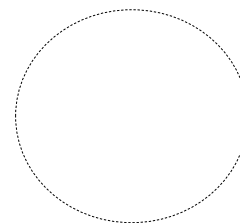


- ☐ 国民健康保険 限度額適用 認定申請書
- ☐ 国民健康保険 食事・生活療養費標準負担額減額 認定申請書
- ☐ 国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書



	課 長	参事・課長補佐	係長・主任	係
被 保 険 者 号	個人番号			
対象者氏名	(歳)		男 ・ 女	
生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和		世帯主との続柄	
長 期 入 院	☐ 非該当 ☐ 該当 (長期認定日 令和 年 月 日)			
第三者行為等	☐ 非該当 ☐ 該当			

※下記の①～③は、長期入院該当を申請する方のみ記入してください。

		入院日数合計 () 日間	
①	申請月を含む前12か月間の入院期間	年 月 日 ～ 年 月 日 _____ 日間	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
②	申請月を含む前12か月間の入院期間	年 月 日 ～ 年 月 日 _____ 日間	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
③	申請月を含む前12か月間の入院期間	年 月 日 ～ 年 月 日 _____ 日間	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	

上記のとおり申請します。

なお、認定証の交付手続きにあたり、私の属する世帯の個人住民税の課税状況の調査、確認については課税台帳等により行うことに同意します。

令和 年 月 日

住 所 いの町

世帯主 氏 名

いの町長 様

個人番号

(電話)

※代理人が申請する場合

住 所

世帯主との続柄

氏 名

(電話)

確 認 欄	☐ 課税台帳 ☐ 電算入力	負担区分 判 定 欄	69歳以下	5 : (ア) 上位 (旧ただし書所得901万円超)
	☐ 住民税申告書 ☐ 交付台帳			6 : (イ) 上位 (旧ただし書所得600万円超～901万円以下)
	☐ 国保税滞納 (有 ・ 無)			7 : (ウ) 課税 (旧ただし書所得210万円超～600万円以下)
	☐ 却下			8 : (エ) 課税 (旧ただし書所得210万円以下)
	理由:		70歳以上 (高齢受給者)	9 : (オ) 非課税
	☐ 備考			2 : 区分Ⅲ (課税所得690万円超)
				現役並み 3 : 区分Ⅱ (課税所得380万超～690万円未満)
				4 : 区分Ⅰ (課税所得145万超～380万円未満)
				3 : 区分Ⅱ
				低所得者 4 : 区分Ⅰ