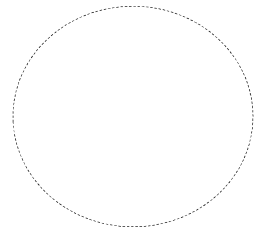


- 国民健康保険 限度額適用 認定申請書
- 国民健康保険 食事・生活療養費標準負担額減額 認定申請書
- 国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書



	課長	参事・課長補佐	係長・主任	係
被保険者証 記号番号	個人番号			
対象者氏名	(歳)	男・女	一般・退本・退扶	
生年月日	年 月 日	世帯主との続柄		
長期入院	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 (長期認定日 年 月 日)			

※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。

年 月 日

住所 町の町

世帯主 氏名 (印)

個人番号

町の町長様

(電話)

※代理人が申請する場合

住所

世帯主との続柄

氏名

(印) (電話)

確認欄	<input type="checkbox"/> 課税台帳 <input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 住民税申告書 <input type="checkbox"/> 交付台帳			6 : (イ)上位(旧ただし書所得600万円超～901万円以下)
	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 却下			8 : (エ)課税(旧ただし書所得210万円以下)
理由: <input type="checkbox"/> 備考		70歳以上 (高齢受給者)	2 : 区分Ⅲ (課税所得690万円超)	9 : (オ)非課税
		低所得者	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	
			4 : 区分Ⅰ	