



国民健康保険

- 限度額適用
- 標準負担額減額
- 限度額適用・標準負担額減額

記入例

認定申請書

被保険者記号番号	0123456789 (枝番)		資格区分	一般・退本・退扶									
減額対象者	氏名	大洲 花子											
	個人番号	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	生年月日	昭和・平成 60		年	1	月	11	日					
	世帯主との続柄	子											
長期入院	該当(申請日前1年間の入院期間が90日を超える)					・ 非該当							

※この欄は長期入院該当の場合のみご記入ください。

①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	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、申請にあたり世帯等の市民税課税状況及び国民健康保険税収納状況を担当職員が確認することに同意します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 大洲市大洲690番地の1

氏名 大洲 太郎

個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3

電話番号 0893-00-0000

世帯主 同一世帯員 その他

※来庁者

対象者との続柄()

大洲市長 二宮 隆久 様

※来庁者がその他に該当する場合は記入してください。

注 当該認定を受けようとする世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者の市町村民税課税証明書を添付してください。なお、当該事実を公簿等によって確認することができる場合は、省略できます。

※以下は記入しないでください。

番号確認	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 職権確認	確認日
本人確認	<input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他()	確認者
適用区分	70歳未満 ア・イ・ウ・エ・オ 70歳以上 住民税非課税 I・II 70歳以上 現役並所得 I・II	

課長	課長補佐	係長	係	決定区分	1 承認する 2 承認しない

受付印