

申請書の太線の枠の中を記入してください

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

認定申請書 (70歳～74歳)

受付番号

年 8 月～更新分

被保険者証記号番号								
世帯主	住所							
	氏名 個人番号		生年月日	大・昭・平	年	月	日	男・女
限度額適用 減額対象者	氏名 個人番号		生年月日	昭 和	年	月	日	男・女
	世帯主との続柄				電話番号	—		
長期入院	該当・非該当	所得区分	現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ	納税状況	完 ・ 未			
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		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		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		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		名称					
		所在地						
第三者行為の有無		有 ・ 無						

令和 年 月 日

市区町村長が証明する欄	<p>下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主（組合員）及びその世帯に属する被保険者に ____年度の市（区）町村民税が課されないことを証明する。</p> <p>_____、_____、_____、 _____、_____、_____、 _____、_____、_____、</p> <p style="text-align: right;">市区町村長名 _____ 印</p>
-------------	---

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。