

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

課長	課長補佐	係長	係

申請者

住 所 _____

個人番号 _____

氏 名 _____

連絡先 () _____

対象者との関係: _____

本人確認	1 枚書類	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 障がい者手帳	
	2 枚書類 (A+A又はA+B)	A	<input type="checkbox"/> 健保証 <input type="checkbox"/> 介保証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 医療証 <input type="checkbox"/> 印登録
		B	<input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 身分証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> クレジットカード

被保険者証記号番号	6 2 8 -		<input type="checkbox"/> 保険証確認		
世 帯 主	住 所	個人番号			
	氏 名	生年月日	年 月 日	男・女	
限度額適用 減額対象者	氏 名	生年月日	年 月 日	男・女	
	個人番号				
区 分	ア イ ウ エ オ 現役並みⅡ 現役並みⅠ 低所得者Ⅱ 低所得者Ⅰ				
長期該当	該当 ・ 非該当				
交通 事 故 等 の 第 三 者 行 為		有 ・ 無			
①	申請日前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			

町長が証明する欄	当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者の の 年度の町民税の課税状況について、下記のとおりであることを証明する。			
	世帯に属する被保険者の所得の合計		万円超・ 万円以下	
	氏 名	課税状況	氏 名	課税状況
		課税・非課税		課税・非課税
		課税・非課税		課税・非課税
		課税・非課税		課税・非課税
* 課税状況欄については該当項目に丸印を付すこと。 (低所得Ⅰの場合のみ) 当該認定を受けようとする者について、 年度における国民健康保険法施行令第29条の3第3項第4号に規定する所得の金額がないことを証明する。 高島町長 高梨 忠博 印				

備考 「町長が証明する欄」は、保険者が市町村であって、当該事実を公簿などによって確認できるときは、省略できる。なお、同欄の表中、「世帯に属する被保険者の所得の合計額」とは法施行令第29条の3第2項に規定する所得をいう。