

**国民健康保険  
限度額適用／標準負担額減額/限度額適用・標準負担減額  
認定申請書**

浜中町長 様

令和 年 月 日

被保険者証記号番号		浜中			
世帯主 (申請者) 【自署又は押印】	住所	浜中町		生年月日	T・S・H・R 年 月 日
	氏名			個人番号	
限度額適用 減額対象者	氏名			生年月日	T・S・H・R 年 月 日
	世帯主との続柄	本人・妻・子・		個人番号	
長期入院 ※	該当 ・ 非該当		交通事故等の第三者行為		有 ・ 無
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 年 月 日から		日間
	入院をした保健医療機関等		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 年 月 日から		日間
	入院をした保健医療機関等		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 年 月 日から		日間
	入院をした保健医療機関等		名称		
		所在地			

※住民税非課税世帯で、過去12か月で90日を超える入院場合に該当

《事務処理欄》

適用区分			交付証区分		
70歳未満		70歳以上		住民税 課税世帯	
<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ	<input type="checkbox"/> 現役並みⅡ <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ		限度額適用		
<input type="checkbox"/> オ		<input type="checkbox"/> Ⅱ(低所得者Ⅱ) <input type="checkbox"/> Ⅰ(低所得者Ⅰ)		住民税 非課税世帯	
税務課 確認印		税務課確認不要		70歳以上の一般区分の世帯は、保 険証で確認できるため、不交付	

決 裁 欄	課長	係長	係	交付番号
	1 上記申請書内容を審査の結果、適当と認められたので認定証を交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。			
却下理由				