

**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**

記号番号	浜 中						
世帯主	住所						
	氏名			Ⓜ	男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日
限度額適用 減額対象者	氏名			Ⓜ	男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	個人番号			世帯主との続柄			
長期入院	該当・非該当	※90日以上の入院で長期該当(区分才該当者 or 高齢受給者Ⅰ・Ⅱのみ)					
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成・令和 年 月 日から		日間		
			平成・令和 年 月 日まで				
	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)		平成・令和 年 月 日から		日間		
			平成・令和 年 月 日まで				
	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)		平成・令和 年 月 日から		日間		
			平成・令和 年 月 日まで				
	入院をした保険医療機関等		名称				
		所在地					

浜 中 町 長 様

令和 年 月 日

市区町村長が証明する欄	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)長村民税が課されないことを証明する。 _____、_____、_____ _____、_____、_____ <div style="text-align: right;">市区町村長名 Ⓜ</div>
-------------	---

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。

税務課 確認欄	適用区分	備考
	ア(所得901万円) イ(所得601～900万円) ウ(所得210～600万円) エ(所得210万円以下) オ(住民税非課税)	高齢受給者(70歳以上)は、 現役並み所得Ⅰ・Ⅱの人は【限度額適用】 低所得Ⅰ・Ⅱの人は【限度額適用・標準負担額減額】 <div style="text-align: right;">※税務課確認不要</div>

注) 限度額適用(区分ア、イ、ウ、エ)、限度額適用・標準負担額減額(区分オ、前期高齢者)

※総所得金額等から基礎控除(33万円)を差し引いた額