


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	9	9	9	9	9	9	
世帯主	住所	浜中町霧多布東4条1丁目 35番地1					個人番号	111111111111
	氏名	浜中 太郎			男 女	生年月日	昭平・令〇〇年〇〇月〇〇日	
限度額適用 減額対象者	氏名	浜中 花子			男 女	生年月日	昭平・令〇〇年〇〇月〇〇日	
	個人番号	222222222222				世帯主との続柄		妻
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
	入院をした保険医療機関等		名称		平成・令和 年 月 日まで			
		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
	入院をした保険医療機関等		名称		平成・令和 年 月 日まで			
		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
	入院をした保険医療機関等		名称		平成・令和 年 月 日まで			
		所在地						

浜 中 町 長 様

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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。 _____、_____、_____ _____、_____、_____ 市区町村長名 Ⓔ
-----------------	---

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】 ※税務課確認不要

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