

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

被保険者証記号番号	13.					
限度額適用 減額対象者	氏名					
	個人番号					
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄

* 申請日の前1年間の入院累計日数が90日以上の方のみ、 記入してください。				入院日数合計	
				日間	
①	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日から			日間
	入院をした保険医療機関等	名称	年 月 日まで		
②	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日から			日間
	入院をした保険医療機関等	名称	年 月 日まで		

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険の 限度額適用認定証  
標準負担額減額認定証 の  
 限度額適用・標準負担額減額認定証  
 交付を申請します。

令和 年 月 日 住所

申請者（世帯主）氏名

個人番号

<宛先> 東金市長 電話

※「マイナ保険証」の利用で限度額適用認定証等の申請が不要になります。

市 処 理 欄	資料	添付書類・公簿	認定日	年	月	日
	年齢	70歳以上・70歳未満	長期該当日	年	月	日
	滞納	なし・あり	差額支給	有	・	無
区分	ア・イ・ウ・エ・オ			現役並みⅠ		現役並みⅡ
(所得区分)	(901万円超 600万円超 210万円超 210万円以下 非課税)				(70歳以上 課税所得145万以上)	(70歳以上 課税所得380万円以上)
				低Ⅰ		低Ⅱ
				(70歳以上 非課税 収入80万円以下)		(70歳以上 非課税 収入80万円超)
長期入院	該当・非該当		区分	一般・退職本人・退職扶養		

(開示区分) 一部開示  
 東金市情報公開条例第5条第1号該当  
 (個人情報) 有り  
 (保存年限) 5年 審査 印

決 裁	課長	副課長	係長	確認	受付