

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	年齢	70歳以上・70歳未満	認定日	年 月 日
	滞納	なし・あり	長期該当	年 月 日
	長期入院	該当・非該当	差額支給	有 ・ 無
	区分 <small>(所得区分)</small>	ア・イ・ウ・エ・オ <small>(901万円超 600万円超 210万円超 210万円以下 非課税)</small>		現役並みⅠ・現役並みⅡ <small>(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)</small> 低Ⅰ・低Ⅱ <small>(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)</small>

(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