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		

				入院日数合計
＊ 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。				日間
①	申請日の前１年間の入院期間	年　月　日から 年　月　日まで		日間
	入院をした保険医療機関等	名　称		
②	申請日の前１年間の入院期間	年　月　日から 年　月　日まで		日間
	入院をした保険医療機関等	名　称		

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 / 限度額適用・標準負担額減額認定証 の交付を申請します。

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	長期該当日	年　月　日	
	長期入院	該当・非該当	差額支給	有　・　無	
	区分（所得区分）	ア・イ・ウ・エ・オ （901万円超　600万円超　210万円超　210万円以下　非課税）		現役並みⅠ（70歳以上 課税所得145万以上）・現役並みⅡ（70歳以上 課税所得380万円以上） 低Ⅰ（70歳以上 非課税 収入80．67万円以下）・低Ⅱ（70歳以上 非課税 収入80．67万円超）	

（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