

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		千曲・		申請区分		新規 更新 長期認定 再交付	
世帯主	住所	千曲市					
	氏名			生年月日	年 月 日	男・女	
	個人番号			連絡先	— —		
対象者	氏名			生年月日	年 月 日	男・女	
	個人番号						
	世帯主との続柄			資格区分	一般 退本 退扶		
長期入院	該当・非該当			認定区分	現Ⅰ 現Ⅱ アイウエオ低Ⅰ 低Ⅱ		
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）			年 月 日から		日間	
	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）			年 月 日から		日間	
	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）			年 月 日から		日間	
	入院をした保険医療機関等			名称			
				所在地			

確認
免 番 経 パ
収 納
受 付

交付No.

令和 年 月 日

世帯主以外の方が窓口にくられた場合に記入してください。	
住 所	(□世帯主に同じ)
氏 名	(世帯主との関係:)

※別世帯の方は世帯主からの委任状が必要になります。

認定証等送付先（病院・施設に送付する場合は、担当者の承諾を得ていること）	
<input type="checkbox"/> 自宅（記入不要）	〒 —
<input type="checkbox"/> その他	住所: _____
<input type="checkbox"/> 今回のみ	宛 名: _____
<input type="checkbox"/> 更新の通知まで	

市区町村長が証明する欄	下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及びその世帯に属する被保険者に__年度の市（区）町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 印</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、当該事実を公募等によって確認することができるときは、省略できる。

交付	郵送・窓口	交付(郵送)日	/
----	-------	---------	---