

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

- 下記のとおり認定の申請をします
 下記のとおり認定の再申請をします

太枠内をご記入ください

被保険者証記号番号		印	
世帯主	住所	印西市	
	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日
		個人番号	
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日
		個人番号	
	世帯主との続柄		

長期入院 該当・非該当 (申請日より1年以内に90日以上入院されたことのある非課税世帯のみ記入)			
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	

※窓口に来た人(世帯主及び対象者本人でない場合に記入)

令和 年 月 日 住所 _____
 氏名 _____
 電話 _____
 適用対象者との関係 _____ (同一世帯・非同一世帯)

- ・ ・ 国保年金課使用欄 ・ ・ ・ ・ ・
 70歳未満 (ア イ ウ エ オ) 70歳以上 (区分Ⅰ 区分Ⅱ 現役並みⅠ 現役並みⅡ)
 未申告者 (有 無)
 長期入院 (該当 非該当)
 非自発の適用状況 (有 無)
 所得状況 (公簿(オンライン) 証明書添付 その他 ())
 保険税未納 (有 無)

担当者	確認者