

**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