

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

(あて先) 伊勢市長

被保険者証記号番号					
世帯主	住所				
	氏名	生年月日			
減額対象者	氏名	個人番号			
	世帯主との続柄	生年月日			
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為	有・無		

ここから下は、長期入院該当者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 (日数)	年 月 日 から		日間	
		年 月 日 まで			
	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	
		年 月 日 まで			
	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	
		年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

上記のとおり申請します。

年 月 日

申請者(世帯主) 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

電話 () — 個人番号 [: : : | : : : | : : :]

来庁者 住所 _____

氏名 _____ 世帯主との続柄 _____

	適用区分	発行確認	納付確認	個人番号確認	本人確認	受付	照合
処理	<input type="checkbox"/> 上位ア <input type="checkbox"/> 非課税オ <input type="checkbox"/> 高齢現II <input type="checkbox"/> 上位イ <input type="checkbox"/> 高齢低II <input type="checkbox"/> 高齢現I <input type="checkbox"/> 一般ウ <input type="checkbox"/> 高齢低I <input type="checkbox"/> 一般エ <input type="checkbox"/> 減額認定のみ <input type="checkbox"/> 長期該当 (オ・低II・減)	<input type="checkbox"/> 限度 (ア・イ・ウ・エ・現II・現I) <input type="checkbox"/> 限度・減額 (オ・低II・低I) <input type="checkbox"/> 減額	完・未	個人番号カード 通知カード その他() 職権記載	運転免許証・個人番号カード パスポート・障害者手帳 保険証・介護保険証 その他()		

注意 国民健康保険料(税)に滞納があるとき、または延滞金に未納があるときは限度額適用認定証の発行ができません。