

限度額適用

国民健康保険

標準負担額減額

認定申請書

(あて先) 伊勢市長

限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号							
世帯主	住所	伊勢市岩渕1-7-29					
	氏名	伊勢 太郎	生年月日	S 3 0 . 1 . 1		男	
減額対象者	氏名	伊勢 花子	個人番号				
	世帯主との続柄		生年月日	S 6 0 . 1 . 1		女	
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		年 月 日 まで		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		年 月 日 まで		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		年 月 日 まで		日間
	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。

令和 1 年 7 月 1 日

申請者(世帯主) 住所 伊勢市岩渕1-7-29

氏名 伊勢 太郎 (印)

電話 (0596) 23 - 1111 個人番号 1,2,3,4,5,6,7,8,9,0,1,2

来庁者 住所 伊勢市岩渕1-7-29

氏名 伊勢 花子 世帯主との続柄 子

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
<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。