

限 度 額 適 用
国民健康保険 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		稲敷		個人番号:	
世帯主	住所	稲敷市			
	氏名			電話番号	
限度額適用減額対象者	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日 男・女
	世帯主との続柄		個人番号:		
長期入院	該当・非該当	長期該当年月日	年 月 日		※長期入院該当の場合記入
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 日間 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		

申請日 令和 年 月 日

該当区分	70歳未満減額サイン	70歳以上減額サイン	国保税滞納 有・無
	1:上位所得(ア) 2:上位所得(イ) 3:一般(ウ) 4:一般(エ) 5:非課税(オ) 6:非課税・長期(オ) 7:非課税(食事のみ) 8:非課税・長期(食事のみ)	5:低所得Ⅱ 6:低所得Ⅱ(長期) 9:低所得Ⅰ 2:現役並み所得Ⅱ 3:現役並み所得Ⅰ	

※申請受付後、該当区分に○を記載。

交付方法	交付場所・期日	確認者印	取扱者印	減額サイン
窓口交付	月 日			
郵送	庁舎			

担当課決裁	課長	補佐	係長	係

※認定証を交付した場合は、太線内を記入する。