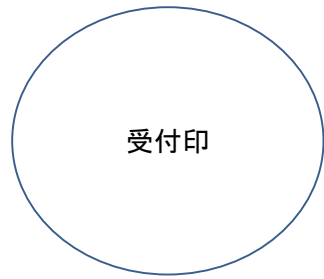


限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額



※太枠内の該当箇所にご記入ください

被保険者証記号番号	44 - -	ア・イ・ウ・エ・オ 低Ⅰ・低Ⅱ・現役並Ⅰ・現役並Ⅱ		
世帯主	住所	清瀬市		
	氏名	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	
	個人番号			
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	
	個人番号			
	世帯主との続柄	電話番号		
長期入院	該当・非該当	※ 長期入院該当とは、過去一年間での入院が90日以上あること。 ※ 長期入院に該当する場合は、下記の①以降に、医療機関ごとに内容を記入してください。		

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 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)	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 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)	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地

令和 年 月 日

市区町村長が 証明する欄	下記に掲げる当該認定をうけようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に平成・令和 ____年度の市民税が課せられないことを証明する。 _____ _____ 市区町村長名 印
-----------------	---

※「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村にあって、当該事実を公簿等によって確認することができるときには、省略できる。

ここから下の欄には記入しないでください

収納確認欄 <input type="checkbox"/> 国保税未納なし <input type="checkbox"/> 未納だが、徴収課 ()に交付を確認済	個人番号確認書類 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票(個人番号記載) <input type="checkbox"/> その他()	本人確認書類 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 納税通知書 <input type="checkbox"/> 年金手帳
---	--	--