

- 国民健康保険食事療養標準負担額減額認定
- 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書
- 国民健康保険限度額適用認定

記入例

被保険者証記号番号		亀 1 2 3 4 - 5 6 7 8 9		※太枠の中をご記入ください。	
世帯主	住所	亀岡市 安町野々神8番地			
	氏名	亀岡 太郎		個人番号	
適用・減額対象者	氏名	亀岡 太郎		個人番号	
	世帯主との続柄	本人		生年月日	昭・平・令 2年 7月 1日
				電話番号	(0771) 25-5025

認定証が必要な被保険者氏名を記入
※複数人いる場合は、1名につき申請書を1枚記入してください。

長期入院	該当・非該当	※長期入院減額認定を受けている(減額認定期間に限る)			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	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)	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

		一般	退職本人	退職扶養	老 65~69歳確認要【該当・非該当】
交付年月日	令和 年 月 日	発効期日		令和 年 月 日	
有効期限	令和 年 月 日	長期入院該当(※翌月1日)		令和 年 月 日	
適用区分 ※該当に○	【70歳未満】 ア・イ・ウ・エ・オ				
	【70歳以上】 現役並みⅠ・現役並みⅡ・低所得者Ⅰ・低所得者Ⅱ				

資格取得日	昭・平・令 年 月 日
年齢	歳(交付日時点)
未納	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
税情報	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(所得(課税)証明書等添付)
その他	<input type="checkbox"/> 再発行(前回発効期日:令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 別世帯代理人申請(委任状、代理人本人確認書類添付)
※交付日以降 該当の場合記入	<input type="checkbox"/> 令和 年 月から退職→一般区分変更
	<input type="checkbox"/> 令和 年 月から70歳以上区分該当
	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日75歳到達

