

- 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

課長	係長	受付者

被保険者証記号番号		亀	—	※太枠の中をご記入ください。	
世帯主	住所	亀岡市			
	氏名		印	個人番号	
適用・減額対象者	氏名			個人番号	
				生年月日	昭・平・令 年 月 日
	世帯主との続柄			電話番号	( ) —

長期入院	該当・非該当	※長期入院減額認定を受けている方で、申請日の月以前12ヶ月の入院日数が90日を超えている方(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)	令和	年	月	日から
		令和	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)	令和	年	月	日から
		令和	年	月	日まで
	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	<b>老</b> 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
有効期限	令和	年	月	日	長期入院該当(※翌月1日)
適用区分	【70歳未満】 ア・イ・ウ・エ・オ				
※該当に○	【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

