

- 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 | |
| | | | 生年月日 | 昭・平・令 2 年 7 月 1 日 | |
| | 世帯主との続柄 | 本人 | | 電話番号 | (0771) 25-5025 |

| | | | | |
|------|-------------------|------------------------------|------------|----|
| 長期入院 | 該当・非該当 | ※長期入院減額認定を受けていない(減額認定期間に限らず) | | |
| 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 | | |

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。

| | | | | | |
|---------------|---------------------------------|---------------|----------|------|----------------------------|
| | | 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 |

