

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

被保険者記号・番号					
限度額適用 減額対象者	氏名				
	個人番号				
	生年月日	年	月	日	世帯主との続柄
長期入院	該当・非該当	該当日	令和	年	月 日
①	申請日の前1年の 入院期間（日数）	年 月 日から 年 月 日まで 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年の 入院期間（日数）	年 月 日から 年 月 日まで 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年の 入院期間（日数）	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
④	申請日の前1年の 入院期間（日数）	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 知多市 知多市長様 住所 _____ 世帯主 氏名 _____ 個人番号 _____ 電話番号 _____					
公簿確認		該・非	認定証交付日	年	月 日
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・現役並Ⅰ・現役並Ⅱ				
	ア～オの場合 滞納 無・有 （ 特別の事情 又は 納付計画履行・納税相談 ）				
有効期間	令和	年	月 日	から	令和 年 月 日 まで
保険証利用登録	有・無	本人確認欄		受付者	

来庁者	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 限度額適用減額対象者 氏名 _____ 続柄（ ）
住所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ

※マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、限度額を超える支払いを免除できます。
 （70歳未満の方で保険税の滞納がない世帯の方のみ）