

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書

被保険者記号・番号		1 2 3 4 5			退職区分	
限度額適用	氏名	知多 梅子				
減額対象者	個人番号	1234 5678 9123				
	生年月日	〇〇年 〇月〇日	世帯主との続柄	本人		

長期

太枠内にご記入のうえ、保険医療課まで申請してください。

① 窓口で申請する場合に必要なもの

- ・同封の申請書
- ・減額証が必要な方の保険証

② ※マイナンバー通知カード または マイナンバーカード
 ※来庁者の本人確認書類 (運転免許証等写真付のもの)
 (※は、マイナンバーが不明な場合は不要です)

③ 郵送で申請する場合に必要なもの

- ・同封の申請書
- ※マイナンバー通知カード または マイナンバーカードの写し
- ※世帯主の本人確認書類 (運転免許証等写真付のもの) の写し

上記のとおり申請します。

令和〇年 〇月 〇日 記入日

知多市長様 世帯主について

住所 知多市 緑町1番地

世帯主 氏名 知多 梅子

個人番号 1234 5678 9123 世帯主のマイナンバー
不明な場合は空欄

電話番号 0562 - 32 - 2635

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			
有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
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