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

被保険者証記号番号	東みよし：				令和　年　月　日	
申請人（世帯主）	住所	東みよし町				
	氏名				印	
	個人番号		連絡先			
届出人	住所					
	氏名				印	
	世帯主との関係	本人 ・ 同一世帯員 ・ 代理人	連絡先			
対象者	氏名		生年月日	昭 平 令	年　月　日	男・女
	個人番号		世帯主(組合員)との続柄			
長期入院	該当 ・ 非該当					

①	申請日の前１年間の入院日数	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年間の入院日数	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年間の入院日数	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	

市区町村長が証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主（組合員）及び世帯に属する被保険者に＿＿＿年度の市（区）町村民税が課されないことを証明する。 市区町村長名　印

備考　「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

個人番号未提示における事務処理同意欄	
本申請において、事務に必要な対象者の個人番号を職員が確認することに同意します。	印又は自筆

個人番号事務処理欄	
個人番号利用事務確認者	印
所属課長印	印

届出人確認方法	免・パ・保・個カ・住カ・在・年金・その他(　　)
代理権確認方法	

事務処理欄	総合窓口処理欄					本課処理欄					
	担当者名	窓口受付日	本課送付日	保険証	個人番号確認	担当者名	本課処理日	税処理日	交付	回収	個人番号確認