

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	交 付 年 月 日
					令 和 年 月 日

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

新規・更新
区分変更
再交付

減額対象者	被保険者証の記号・番号		み白 A		一 般 ・ 退 職
	氏 名				性 別 男 ・ 女
	世帯主との続柄				昭和 年 月 日生
個人番号(個・通・シ)					平成

ここからは過去12ヶ月の入院日数が90日を超える場合のみ記入してください。

入院日数合計 ( 日間 )

①	申請日の前1年間の入院期間(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年間の入院期間(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年間の入院期間(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。

なお、私の国民健康保険税に係る納付状況について、関係機関に確認することを同意します。

令和 年 月 日

(あて先) 白 石 市 長

住 所 白 石 市

申請者(世帯主)

氏 名

印

電話番号

—

—

個 人 番 号 (個・通・シ)																			
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

身分確認 ( )

・代理申請者氏名  
(委任状添付)

市町村長が 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)及びその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。

適 用 区 分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ	低 I ・ 低 II	現役 I ・ 現役 II	完納確認者( )
---------	-------------------	------------	--------------	----------