

主管課長	係長	担当	課 員

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

被保険者証番号			
世帯主	氏 名	世帯主の住所	
	生年月日		
	個人番号		
限度額適用 減額対象者	氏 名	資格区分	一 般 ・ 退 本 ・ 退 扶
	生年月日	世帯主との続柄	(男 ・ 女)
	個人番号		

長期入院		(該当 ・ 非該当)	
1	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		から まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険（限度額適用）標準負担額減額認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住 所

氏 名

玄海町長 様

個人番号

電 話

届出者 氏 名

世帯主との続柄

市 町 村 処 理 欄	認定方法	イ. 市町村民税非課税証明書	受理番号 (第 号)			
		ロ. 保護申請却下通知書	交付番号 (第 号)			
		ハ. 公簿 ()	認定等年月日			
		ニ. 却下 (理由:)	令和 年 月 日			
差 額 支 給 有 ・ 無		標準負担額差額支給申請台帳発行番号 (第 号)				
滞 納 有 ・ 無		負担区分判定欄 (適用区分)	上位	課税	非課税	
			A	B	C	標準負担額
			高齢者		低Ⅱ	低Ⅰ