

国民健康保険

限度額適用
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		田一		太枠内をご記入ください										
世帯主 (申請者)	住所	京田辺市												
	氏名				生年月日	昭・平・令			年		月		日	
	個人番号													
限度額適用 減額対象者	氏名				生年月日	昭・平・令			年		月		日	
	世帯主との続柄													

●マイナ保険証を医療機関で利用すれば、限度額適用認定証の交付は不要となります。
(注) ただし長期入院に該当される際は、申請が必要です。

※以下、交付前市役所確認欄

長期入院	該当・非該当	第三者行為	有 ・ 無
------	--------	-------	-------

長期入院詳細記入欄

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日 間 年 月 日まで	
	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 日 間 年 月 日まで	
	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 日 間 年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	

令和 年 月 日

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		

※市役所記入欄

有効期限	令和 年 月 日		交付年月日	令和 年 月 日	
発効期日	令和 年 月 日		長期入院該当	令和 年 月 日	
認定区分	現役並みⅡ・現役並みⅠ・低Ⅱ・低Ⅰ (70未満)減額のみ・ア・イ・ウ・エ・オ				
交付方法	窓口(受領印) 郵送(発送日 /)			受付者	
職権修正前後の負担区分	前 → 後	メモに入力	<input type="checkbox"/>	チェック(問題ないか確認した人が押印)	