

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

被保険者証記号・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												

※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。 _____、_____、_____ _____、_____、_____ <div style="text-align: right;">市区町村長名 印</div>
-----------------	--

※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