

課長	係長	係

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

※太枠の中をご記入ください

被保険者証記号番号		07-		年 月 日	
世帯主 (組合員)	住所	電話番号			
	氏名	個人番号	※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。		
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	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

江津市長様

適用判定	アイウエオ 区分Ⅰ 区分Ⅱ 現役並Ⅰ 現役並 却下( )	認定日 年 月 日
		適用年月 年 月
		長期該当日 年 月 日

宛名番号	加入区分	一・退	課税状況	課・非	滞納状況	有・無	前期高齢	I・II
長期認定	有・無	軽減申請	有・無					

認定証	台帳	入力	その他

〈本人〉

	確 認 方 法	確認日	印
身元 確認	個人番号カード ・ 免許 ・ 旅券		
	その他 ( ) 職員 ( )		
番号 確認	個人番号カード ・ 通知カード		
	住基 ・ その他 ( )		

〈代理人〉

	確 認 方 法	確認日	印
代理権 確認	戸籍謄本・委任状・登記事項証明書		
	その他 ( )		
代理人 確認	個人番号カード ・ 免許 ・ 旅券		
	その他 ( ) 職員 ( )		
番号 確認	個人番号カード ・ 通知カード		
	住基 ・ その他 ( )		