

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

交付を申請する認定証		<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証							
被保険者証記号番号									
個人番号									
資格区分		<input type="checkbox"/> 一般		<input type="checkbox"/> 退職本人			<input type="checkbox"/> 退職扶養		
適用区分	70歳以上	<input type="checkbox"/> 現役並みⅠ		<input type="checkbox"/> 現役並みⅡ					
		<input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ		<input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ					
	70歳未満	<input type="checkbox"/> ア	<input type="checkbox"/> イ	<input type="checkbox"/> ウ	<input type="checkbox"/> エ	<input type="checkbox"/> オ			
限度額適用減額対象者	氏名						世帯主との続柄		
	生年月日	昭和・平成		年	月	日			

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)	平成	年	月	日から	日間	
		平成	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)	平成	年	月	日から	日間	
		平成	年	月	日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					

愛南町長 殿

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日 世帯主 住所 南宇和郡愛南町

氏名 印

記入者 氏名 (続柄)
(同世帯員のみ)

窓口に来た方の本人確認	1点確認 : <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 各種手帳等 2点確認 : <input type="checkbox"/> 保険証(国保・社保・介護) <input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> 年金証書等 <input type="checkbox"/> その他()
-------------	--

認定される方の番号及び本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載の住民票 上記確認書類()
-----------------	--

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

記入例

交付を申請する認定証		<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証			
		<input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証	12ケタの個人番号を記入		
		<input checked="" type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証			
被保険者証記号番号		● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●			
個人番号		● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●			
資格区分		<input checked="" type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 退職本人	<input type="checkbox"/> 退職扶養	
適用区分	70歳以上	<input type="checkbox"/> 現役並みⅠ	<input type="checkbox"/> 現役並みⅡ		
		<input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ		
	70歳未満	<input type="checkbox"/> ア	<input type="checkbox"/> イ	<input type="checkbox"/> ウ	<input type="checkbox"/> エ
限度額適用減額対象者	氏名	● ● ● ●		世帯主との続柄	● ●
	生年月日	昭和 ● ●	平成 ● ●	年 ●	月 ●

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)	平成 年 月 日から	日間
		平成 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)	平成 年 月 日から	日間
		平成 年 月 日まで	
入院をした保険医療機関等	名称		
	所在地		

愛南町長 殿

上記のとおり申請します。

平成 ● ● 年 ● 月 ● 日 世帯主 住所 南宇和郡愛南町 ● ● ● ● 番地

世帯主でも世帯員でも必ず記入(現状どおり)

世帯主ではなく、世帯員が来た場合に氏名と続柄を記入

氏名 愛南 太郎



確認欄に記入

記入者
(同世帯員のみ)

氏名 愛南 花子

(続柄 妻)

窓口に来た方の本人確認	1点確認 :	<input checked="" type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 各種手帳等
	2点確認 :	<input type="checkbox"/> 保険証(国保・社保・介護)	<input type="checkbox"/> 年金証書等	<input type="checkbox"/> 預金通帳
□その他()				

認定される方の番号及び本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input checked="" type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 個人番号記載の住民票
上記確認書類(保険証 ・ 運転免許証 ・)			

受付者