

【国民健康保険】

限度額適用
標準負担額減額 認定申請書（前期高齢者）
限度額適用・標準負担額減額

記入例

（申請先） 上田市長

記入日 令和 2年 4月 1日

窓口へ来た人

住所 上田市大手1-11-16

（世帯主・本人・同一世帯員・代理人）

氏名 上田 太郎

電話番号 0268-22-4100

次のとおり申請します。

来庁者の確認 当課記入欄	(1点確認) 個人番号カード 運転免許証・運転経歴証明書 旅券(パスポート) ()手帳 在留カード 特別永住証明書 官公署から発行・発給された写真付の証等() 氏名、生年月日又は住所記載のもの
	(2点確認) ア 被保険者証 年金手帳 児童手当・児童扶養手当証書 イ 官公署・個人番号利用事務実施者・個人番号利用事務関係者発行の書類等 氏名、生年月日又は住所記載のもの 介護被保険者証 国保税納税通知書等 証・書類名()

被保険者証 記号・番号	123-456-7	受付日	令和 年 月 日
世帯主	住所	上田市大手1-11-16	
	氏名	上田 太郎	生年月日 昭和 平成・令和 24年 12月 1日
	個人番号	1111 2222 3333 (分かれれば記入)	
認定適用対象者	氏名	上田 花子	生年月日 昭和 平成・令和 23年 1月 1日 男・女
	世帯主との続柄	妻	電話番号
	個人番号	4444 5555 6666 (分かれれば記入)	
限度額区分	低所得 ・ 低所得 ・ 現役並み ・ 現役並み		
長期入院	該当・非該当	発行期日	平成 年 月 日
	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 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)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 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)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
交通事故や傷害など第三者の行為によるものか		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	

上記の申請を認定し、限度額適用・減額認定証を交付してよろしいですか。

課長	係長	受付者	所得等確認・電算入力日	担当者