

課長	補佐	係長	係員

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

次のとおり申請します。

小千谷市長 あて

令和 年 月 日

世帯主	住所	小千谷市			TEL	—		
	氏名				個人番号			
限度額適用 減額対象者	被保険者証記号番号	小千谷 000			区分	一般・退職(本人・扶養)		
	氏名				生年月日	年 月 日		
	世帯主との続柄				個人番号			
長期入院	該当・非該当	(長期該当：過去1年間の区分オまたはⅡとしての入院日数が90日を超える場合)						

以下は長期該当者のみ記入してください。

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			
④	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			

処理欄	発効期日： 令和 年 月 日	認定証の区別		適用区分
	1 市民税非課税 2 却下(理由：) 3 その他	差額支給 有・無	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	ア・イ・ウ・エ
			<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証	現役並みⅠ・Ⅱ
			<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証	オ
滞納	有・無 (資格者証・短期証 有・無)	備考		