

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

申請年月日 令和 5 年 4 月 1 日

被保険者証の記号番号		100 - 000000		資格区分	一般・退職(本人・被扶養)	
世帯主	個人番号	0000 0000 0000				
	住所	佐野市 高砂町〇〇番地〇				
	氏名	国保 一郎				
	電話	090 (0000) 0000				
適用対象者	個人番号	0000 0000 0000		続柄	昭和 平成 令和	〇年〇月〇日
	氏名	国保 花子		妻		
長期入院(区分オ・低Ⅱのみ記入)				該当・非該当		

この欄は長期該当者のみ記入してください

長期該当年月日	令和 年 月 日	入院日数合計	日間
1	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(日間)	
	入院をした保険医療機関等の名称及び所在地		
2	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(日間)	
	入院をした保険医療機関等の名称及び所在地		
3	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(日間)	
	入院をした保険医療機関等の名称及び所在地		
4	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(日間)	
	入院をした保険医療機関等の名称及び所在地		
5	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(日間)	
	入院をした保険医療機関等の名称及び所在地		

以下に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯及びその世帯に属する被保険者に係る令和 年度の市民税の課税状況等を確認することに同意します。

世帯主

国保加入者全員の名前を記入

国保 一郎

国保 花子

国保 太郎

令和 5 年 4 月 1

佐野市長 あて

世帯主

住所 佐野市

高砂町〇〇番地〇

氏名

国保 一郎

決定欄	適用区分	70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ	70歳以上	低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ
	発効期日	令和 年 月 日	有効期限		令和 年 月 日
	交付年月日	令和 年 月 日			