

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 年 月 日

被保険者証の記号番号		—	資格区分	一般・退職（本人・被扶養）	
世帯主	個人番号				
	住所	佐野市			
	氏名				
	電話	()			
適用対象者	個人番号		続柄	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
	氏名				
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

令和 年 月 日

佐野市長 あて 世帯主 住所 佐野市 _____

氏名 _____

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			