

# 記入例

## 国民健康保険限度額適用/標準負担額減額/限度額適用・標準負担額減額認定申請書

【ダウンロード版】

申請年月日	令和 2 年 4 月 1 日	受付	適用区分
被保険者証記号番号	記号 市 番号	保険証右上の番号	
世帯主	住所	市川市 八幡1丁目1番1号	
	氏名	市川 太郎 (印)	生年月日 大昭平 55 年 1 月 1 日 男・女
	個人番号	○○○○○○○○○○○○○○	
減額対象者	氏名	市川 花子	生年月日 昭平令 55 年 1 月 3 日 男・女
	個人番号	○○○○○○○○○○○○○○	
	世帯主との続柄	妻	電話番号 ○○○-○○○-○○○○
届出人	世帯主と異なる場合に記入		
	氏名	市川 花子 (印)	電話番号
	個人番号	○○○○○○○○○○○○○○	上記電話番号と異なる場合に記入

受診理由は第三者行為(交通事故や仕事中のけが等)によるものですか。

いいえ はい (具体的に )

ここから下は長期入院該当(申請日の前1年間の入院日数が90日を超える)のかたのみ記入してください。

長期入院	<input checked="" type="checkbox"/> 該当 ・ <input type="checkbox"/> 非該当	入院日数合計	90 日間
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和2 年 1 月 1 日 から 令和2 年 3 月 30 日 ( 90 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	A総合病院
		所在地	市川市南八幡2丁目20番2号

自己負担限度額の所得区分が「オ」または「低Ⅱ」に該当する方のみご記入ください。  
申請日の前1年間の入院日数が90日を超える場合は、入院日数等をご記入の上、  
入院期間が証明できるもの(領収書等)を添付してください。

備考 上記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者において、当該年度の市区町村民税が課税されていない場合は、市区町村民税非課税証明書を添付してください。なお、当該事実を公簿等によって確認することができる場合は、省略することができます。

### ※職員記入欄

入力済

交付済

発送日

保険税滞納有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
非自発的失業(高額軽減対象者)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
所得区分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
前期該当 ※有効期限	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
退職該当 ※67追記、有効期限	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
長期入院該当	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
番号・住所・氏名・性別・生年月日・発効期日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>