

限度額適用

受付印

標準負担額減額

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	
申請者	住所	半田市	
	氏名		
		電話番号	— —
		世帯主との続柄	
限度額適用減額対象者	被保険者証記号番号		
	資格区分	一般	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 半田市	
	<input type="checkbox"/> 交通事故による傷病 <input checked="" type="checkbox"/> ※該当する場合のみ		
世帯主氏名		個人番号	
対象者氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日

適用区分	ア	イ	ウ	エ	オ	食事のみ	交付
					長期入院	該当・非該当	

- 発効期日 令和 年 月 日 ●有効期限 令和 年 7月31日
- 長期入院該当 令和 年 月 日 ●91日目 令和 年 月 日
- 差額支給 無 ・ 有 (8.9.0.N.D.1.2.3.4.5.6.7) ・ 後日 / 済み

※ 以下は、長期入院該当（90日以上入院）の場合のみ記入してください。また、90日以上入院していることを証明するものを必ず添付してください。

①	申請日の前一年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで（ ）日間	
	保険医療機関等の名称	名称	所在地

当該認定を受けようとする世帯の適用区分を下記のとおり証明する。

年度	ア	基礎控除後の総所得金額901万円超の世帯・未申告者のいる世帯
	イ	基礎控除後の総所得金額600万円超901万円以下の世帯
	ウ	基礎控除後の総所得金額210万円超600万円以下の世帯
	エ	基礎控除後の総所得金額210万円以下の世帯
	オ	住民税非課税世帯

確認日	令和 年 月 日	担当者	
-----	----------	-----	--

納税確認	
------	--