

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		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 半田市	<input type="checkbox"/> 交通事故による傷病 ※該当する場合のみ <input checked="" type="checkbox"/>
	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	現役並Ⅱ	現役並Ⅰ	Ⅰ	Ⅱ	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	現役並Ⅱ	課税所得380万円以上690万円未満の世帯
	現役並Ⅰ	課税所得145万円以上380万円未満の世帯
	Ⅱ	国保世帯員（擬主含む）全員の所得がゼロでない前期高齢者 ※年金所得の算出については、一律80万円控除
	Ⅰ	国保世帯員（擬主含む）全員の所得がゼロである前期高齢者 ※年金所得の算出については、一律80万円控除
確認日	令和 年 月 日	担当者