第６－１号様式

□国民健康保険限度額認定申請書
□国民健康保険食事療養標準負担額減額認定申請書
□国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書
□国民健康保険生活療養費標準負担額減額認定申請書

被保険者記号番号		①. 一般　2．退職（本人）　3．退職（扶養）	
減額対象者となる被保険者氏名		生年月日	世帯主との続柄
		年　月　日	本人
		個人番号	
長期入院	1．該当　2．非該当	適用区分	低所得Ⅱ　低所得Ⅰ 現役並みⅠ　現役並みⅡ ア　イ　ウ　エ　オ

入院日数合計　（　　日間）
９０日該当日　　年　月　日

※太線内は長期入院該当者が記入してください。

①	申請月を含む前１２月間の入院期間（日数）	年　月　日から 年　月　日まで　　日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請月を含む前１２月間の入院期間（日数）	年　月　日から 年　月　日まで　　日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

同意書
国民健康保険高額療養費限度額適用認定および国民健康保険食事療養標準負担額認定の為、本人及び世帯員の課税状況および収納状況につき、市長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。

上記のとおり申請します。

年　月　日

安芸市

住所

世帯主
氏名　　印
個人番号
（電話　－　）

住所

代理人
氏名　　印
（電話　－　）
（世帯主との続柄　）

安芸市長　殿

上記のとおり認定します。

市町村認定欄					
	イ　市民税非課税証明証 ロ　保護申請却下通知証 ハ　公簿・ニ　却下	課長	係	受理番号	
				認定日	年　月　日