

赤文字の箇所のみご記入ください

- 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	保険証に記載の番号を記入	1. 一般	2. 退職（本人）	3. 退職（扶養）	
減額対象となる被保険者氏名	認定証が必要な方のお名前	生年月日		世帯主との続柄	
		認定証が必要な方の生年月日			
		個人番号		認定証が必要な方の個人番号	
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Ⅰ 現役並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下さい。

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費標準負担額認定のため、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 記入した日	世帯主	住所 世帯主の住所
		氏名 世帯主の住所氏名 印 (電話 日中連絡のとれる番号)
	代理人	住所
		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 市民税非課税証明書	課長	係	受理番号	
	ロ 保護申請却下通知書			認定日	年 月 日
	ハ 公簿 ・ ニ 却下				