

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

令和 年 月 日

伊勢原市長殿

住所 \_\_\_\_\_

申請者  
(世帯主) 氏名 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。  
なお、私の世帯の市民税課税状況の確認を、課税台帳等により行うことに同意します。

被保険者番号	15-	個人番号	_____			
認定対象者	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
※以下の欄は市処理欄		長期入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当			
1	申請日の前1年間の入院期間(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	申請日の前1年間の入院期間(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	_____			
3	申請日の前1年間の入院期間(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	_____			

次のとおり決定してよろしいか。

決裁	課長	係長	照合	担当	起案日	令和 . .
	一括決裁処理				決裁日	令和 . .
限度額区分		<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ <input type="checkbox"/> 現Ⅱ <input type="checkbox"/> 現Ⅰ <input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 低Ⅰ				
認定等		<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 給付記録 無・有(別紙のとおり) <input type="checkbox"/> 公簿等(別紙のとおり) <input type="checkbox"/> 滞納 無・有( ) <input type="checkbox"/> 第三者行為 無・有 <input type="checkbox"/> その他( )				