

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

能美市長 あて

申請日 年 月 日

※新年度は 8/1～

年度
----

保険者証 記号番号		課税 区分	<input type="checkbox"/> 区分ア	<input type="checkbox"/> 区分エ	
			<input type="checkbox"/> 区分イ	<input type="checkbox"/> 区分オ(→限標証)	
			<input type="checkbox"/> 区分ウ		
世帯主	住所	能美市			
	氏名		電話番号	( ) -	
	個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	個人番号				
第三者行為 による傷病	<input type="checkbox"/> 該 当(加害者が存在する傷病の場合) <input type="checkbox"/> 非該当				
長期入院	<input type="checkbox"/> 該 当(非課税世帯で過去 12 ヶ月に入院日数が 90 日を超える場合) <input type="checkbox"/> 非該当				
過去 12 ヶ月の入院状況 ※入院日数合計 ( 日間) →90 日超で長期該当					
①	申請日の前 1 年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 ( 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 年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 ( 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 年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

\*\*\*\*\* 備 考 欄 \*\*\*\*\*

●認定証の交付状況

来庁者へ(氏名 \_\_\_\_\_ )  
 (続柄: \_\_\_\_\_ )  
 保険年金課へ依頼  
 郵送(自宅・病院・その他 \_\_\_\_\_ )  
 〒 \_\_\_\_\_  
 住所: \_\_\_\_\_  
 氏名: \_\_\_\_\_ (続柄)  
 郵送日: 年 月 日

●加入世帯の国保税納入状況(現年分は除く)

完 納 ⇒ 交付  
 滞 納 ⇒ 交付不可: 過年度滞納 1 期以上ある者  
 ↓  
 「能美市国民健康保険限度額適用認定証  
 交付実施要綱」(H22. 4. 1 告示第 35 号)  
 ※非課税世帯であれば食事減額認定証のみ交付可

●加入世帯の異動状況

当月中の資格異動がないことを確認しましたか?  
 世帯員加入等で区分変更になる場合があります

●受付者 \_\_\_\_\_ ●交付者 \_\_\_\_\_

代理権の確認	身元確認(本人・代理人) 代理人氏名[ ] 本人との関係[ ]	番号確認	備考
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ( )	1 点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> プレ印字書類 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 2 点 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他 ( )	