

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 号 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 (_____)	