

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

次のとおり、申請します。

令和 年 月 日
高 砂 市 長 様

被 保 険 者 証 番 号						
世 帯 主	住 所	高砂市				
	氏 名		生年月日	昭・平・令	年	月 日
	電 話	() —	個人番号			
限度額適用 減額対象者	氏 名		生年月日	昭・平・令	年	月 日
	世帯主との続柄			個人番号		
傷病の原因は第三者の行為(交通事故等)によるものですか					はい	いいえ
①	受 診 期 間(予定日数等)		令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで			
	保 険 医 療 機 関 等		名 称			
			所 在 地			
②	受 診 期 間(予定日数等)		令和 年 月 日まで 日間 令和 年 月 日まで			
	保 険 医 療 機 関 等		名 称			
			所 在 地			
③	受 診 期 間(予定日数等)		令和 年 月 日まで 日間 令和 年 月 日まで			
	保 険 医 療 機 関 等		名 称			
			所 在 地			
申請者 (世帯主・対 象者以外の 場合)	氏 名		連絡先	() —		
	続 柄		身分確認	個人番号カード・免許証() 保険証・その他		

※ 以下については、申請者は記入不要です。(保険者記入欄)

長期入院	該当 ・ 非該当	年 月 日	特別事情	該当 ・ 非該当
------	----------	-------	------	----------

申請区分	適用区分(70歳以上)		適用区分(70歳未満)	
新規	課税所得690万以上	現Ⅲ	旧ただし書所得901万円超	「ア」
長期入院	課税所得380万～690万未満	現Ⅱ	旧ただし書所得600万円超901万円以下	「イ」
更新	課税所得145万～380万未満	現Ⅰ	旧ただし書所得210万円超600万円以下	「ウ」
再交付 変更	市民税非課税	低Ⅱ	旧ただし書所得210万円以下	「エ」
		低Ⅰ	市民税非課税	「オ」

※
更
新

「ア」

「イ」

「ウ」

「エ」

「オ」