国民健康保険 □ 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

□ 限 度 額 適 用

□ 食事療養標準負担額減額

被保険者の記号番号	奈１２－				
適用減額対象者	氏 名			世帯主との続柄	
	性 別	男 ・ 女	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
長 期 入 院	該 当 ・ 非該当				

ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。 入院日数合計（ 日間）

①	申請日の前一年間の入院期間（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	所在地 名称
②	申請日の前一年間の入院期間（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	所在地 名称
③	申請日の前一年間の入院期間（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	所在地 名称

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住所 番地

氏名 印 電話

（あて先） 山添村長

事務処理欄

適用区分

70歳未満	□ 上位所得者	ア	住民税課税世帯（所得901万円超）
	□ 上位所得者	イ	住民税課税世帯（所得600万円超901万円以下）
	□ 一般	ウ	住民税課税世帯（所得210万円超600万円以下）
	□ 一般	エ	住民税課税世帯（所得210万円以下）
	□ 低所得者	オ	住民税非課税世帯
70歳以上	□ 現役並み所得者	現Ⅲ	住民税課税世帯（所得690万円以上）
	□ 現役並み所得者	現Ⅱ	住民税課税世帯（所得380万円以上）
	□ 現役並み所得者	現Ⅰ	住民税課税世帯（所得145万円以上）
	□ 低所得者	Ⅱ	住民税非課税世帯
	□ 低所得者	Ⅰ	住民税非課税世帯で、さらに世帯の所得が判定基準以下

認定年月日	年 月 日	認定証記載発効期日	年 月 日
長期該当日	年 月 日	長期入院該当年月日	年 月 日

※国民健康保険税に滞納のある場合、限度額適用認定証は交付されません。