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

東根市長　　殿

次のとおり申請します。

発効年月日　　年　月　日

申請年月日　　年　月　日

被保険者記号・番号		東		
世帯主	住　所	東根市		
	氏　名		生年月日	年　月　日
	電話番号	(　　)　－	個人番号	
減額対象者	氏　名		生年月日	年　月　日
	世帯主との続柄		個人番号	
第三者行為の有無		有　・　無		

区　分	70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ	70歳以上	現役並みⅡ・現役並みⅠ・低Ⅱ・低Ⅰ
入院日数	合計　　日間	長期入院（オまたは低Ⅱの人のみ記入）	該当・非該当	長期入院該当年月日　年　月　日

申請日の前1年間の入院期間		入院日数	入院をした保険医療機関等	
①	年　月　日から 年　月　日まで	日	名　称	
			所在地	
②	年　月　日から 年　月　日まで	日	名　称	
			所在地	
③	年　月　日から 年　月　日まで	日	名　称	
			所在地	

＊　国民健康保険税の滞納　　有・無　　年　月　日

市長が証明する欄

当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者の　　年度の市民税の課税状況について、下記のとおりであることを証明する。

氏　名	課税状況	氏　名	課税状況
	課税・非課税		課税・非課税
	課税・非課税		課税・非課税
	課税・非課税		課税・非課税

＊　「課税状況」欄については、該当項目に丸印を付すこと。

(低所得Ⅰの場合のみ)

当該認定を受けようとする者について、　　年度における国民健康保険法施行令第29条の3第4項第4号に規定する所得の金額がないことを証明する。

東根市長　　印

備考　「市長が証明する欄」は、保険者が市であって、当該事実を公簿などによって確認できるときは証明を省略できる。

〈事務処理欄〉

適用区分	70歳未満（基準所得）	□ 901万円超（ア）　□ 600万円超901万円以下（イ）　□ 210万円超600万円以下（ウ） □ 210万円以下（エ）　□ 住民税非課税（オ）			
	70歳以上（住民税課税所得）	□ 380万円以上690万円未満（現役並みⅡ）　□ 145万円以上380万円未満（現役並みⅠ） □ 住民税非課税（低Ⅱ）　□住民税非課税・所得なし（低Ⅰ）			
税確認	□ オンライン　□ 税証明書　□ 簡易申告 □ その他［　　］		受付	処理	確認
本人確認	氏名	□ 番号カード　□ 免許証　□ 旅券　□ 住基カード □ 保険証 ＋［　　］			