

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

(申請先) 上田市長

窓口へ来た人 住所

(世帯主・同一世帯員・代理人) 氏名

次のとおり申請します。

電話番号

来庁者の確認	(1点確認)
	① <input type="checkbox"/> 個人番号カード ② <input type="checkbox"/> 運転免許証・運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート) <input type="checkbox"/> () 手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住証明書
	③ <input type="checkbox"/> 官公署から発行・発給された写真付の証等 () (氏名、生年月日又は住所記載のもの)
	(2点確認)
	④ ア <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童手当・児童扶養手当証書 イ 官公署・個人番号利用事務実施者・個人番号利用事務関係者発行の書類等 (氏名、生年月日又は住所記載のもの) <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> 国保税納税通知書等 証・書類名 ()

被保険者記号番号		受付日		年	月	日
世帯主 (申請人)	住所			電話		
	氏名	生年月日				
	個人番号					
認定適用 対象者	氏名	生年月日	年	月	日	
	世帯主との続柄	認定区分	ア イ ウ エ オ 減額のみ			
	個人番号					
長期入院	該当・非該当	ア・イ：上位所得者の世帯 ウ・エ：一般の世帯 オ：低所得者の世帯				
①	申請日の前1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	名称				
		所在地				
②	申請日の前1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	名称				
		所在地				
③	申請日の前1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	名称				
		所在地				
交通事故や傷害など第三者の行為によるものか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				

令和 年 月 日

課長	係長	市民税非課税確認	担当