

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・標準負担額減額

被保険者証記号番号		長岡				資格区分		一般・退職									
世帯主	氏名					世帯主の住所											
	生年月日	年	月	日													
限度額適用 減額対象者	氏名					世帯主との続柄		(男・女)									
	生年月日	年	月	日													
	個人番号																
長期入院	該当・非該当	9 1 日	平成 令和	年	月	日	認定証長期日	平成 令和	年	月	日						
申請日の前1年間の入院期間(日数)				平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日から 日間													
入院をした保険医療機関等		名 称															
		所在地															
上記のとおり交付申請します。 令和 年 月 日 新潟県長岡市長 様 私は、この申請に関して市民税の課税状況について必要な調査をされることに同意します。 世帯主 住 所 _____ 氏 名 _____ 個人番号 _____ 電話番号 ( ) _____ 受領者 住 所 _____ 氏 名 _____ 世帯主との続柄 ( ) _____ 電話番号 ( ) _____																	
市 町 村 処 理 欄	認定方法 イ. 公簿(前住所地照会含む) ロ. 保護申請却下通知書 ハ. 市町村民税非課税証明書等 ニ. 却下(理由)						認 定 年 月 日		令和 年 月 日								
							発 行 期 日		令和 年 月 日								
							現 年 滞 納		無・有( . . ) 現在								
	適 用 区 分						交 付 処 理		即時交付・郵送								
ア	イ	ウ	エ	オ	現I	現II	低I	低II	確 認 証		保 険 証 ・ 免 許 証 ・ そ の 他						
減額認定長期入院						8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月