

記入例

限度額適用

更新用(本庁一括処理)

国民健康保険証の番号
(10桁)をご記入ください。

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 1234567890		資格区分		一般										
世帯主	氏名	国保 太郎		世帯主の住所	長岡市大手通1-4-10											
	生年月日	昭和26年2月11日														
限度額適用 減額対象者	氏名	国保 花子		世帯主との続柄	妻 (男・ <input checked="" type="radio"/> 女)											
	生年月日	昭和26年1月2日														
	個人番号	1234 5678 9012														
長期入院	該当・非該当	9 1 日	令和	年 月 日	認定証長期日	令和	年 月 日									
申請日の前1年間の入院期間(日数)				令和 年 月 日から 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														
<p>上記のとおり交付申請します。</p> <p>令和 ○年 ○月 ○日</p> <p>新潟県長岡市長 様</p> <p>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。</p> <p>世帯主 住 所 長岡市大手通1-4-10</p> <p>氏 名 国保 太郎</p> <p>個人番号 5678 9012 3456</p> <p>電話番号 0258 (39) 2006</p> <p>受領者</p>																
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> 個人番号(マイナンバー)(12桁)を記入します。 </div>																
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>※受領者欄は記載不要です。</p> <p>認定証は7月下旬頃に郵送いたします。</p> </div>																
市 町 村	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									
処	適 用 区 分				交 付 処 理		即時交付・郵送									
理	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					
欄	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