様式第７号（第23条関係）

# 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

（宛先）　安曇野市長

年　　月　　日

申請者（世帯主）

住　　所

氏　　名

個人番号

電　　話

窓口に来た方

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

氏　　名

世帯主との続柄

下記のとおり関係書類を添えて限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。
なお、世帯主及び世帯員のうち国保加入者全員の課税の状況について、調査することに同意します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 保険証記号 | 安曇野 | 保険証番号 | | |
| 限度額適用減額対象者 | 氏　　名 | | 世帯主との続柄 | |
| | 生年月日 | 年　　月　　日 | | |
| | 個人番号 | | | |
| 長期入院（90日以上） | 該　当　・　非該当 | | 交通事故等の第三者行為 | 有　・　無 |

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１年間の入院期間（日数） | 年　月　日から<br>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<br>年　月　日まで | （　日間） |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名　　称 | |
| | | 所 在 地 | |

記入しきれない場合は裏面に記入してください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 国保年金課処理欄 | | 70歳未満 | 70歳以上 |
| | 国保納付状況 | 完納・未納有り | |
| | 市民税申告 | 申告済・未申告 | |
| | 適用区分 | ア・イ・ウ・エ・オ | 低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ |
| | 交付方法 | 窓口・郵送 | |
| | 却下 | 理由（　　） | |

（裏面）

| | | | |
|---|---|---|---|
| ③ | 申請日の前１年間の入院期間（日数） | 年　月　日から<br>年　月　日まで　（　日間） | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名　称 | |
| | | 所　在　地 | |
| ④ | 申請日の前１年間の入院期間（日数） | 年　月　日から<br>年　月　日まで　（　日間） | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名　称 | |
| | | 所　在　地 | |
| ⑤ | 申請日の前１年間の入院期間（日数） | 年　月　日から<br>年　月　日まで　（　日間） | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名　称 | |
| | | 所　在　地 | |