

国民健康保険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)	窓口に来た方
住 所	※ 世帯主の場合、記入は不要です。
氏 名	氏 名
個人番号	世帯主との続柄
電 話	

下記のとおり関係書類を添えて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 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	(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 税 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	食事減額証	低 I ・ 低 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 (日間) 年 月 日まで		
	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 (日間) 年 月 日まで		
	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 (日間) 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所在地		