

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）

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。

被保険者記号		安曇野		被保険者番号								
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（ 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	（	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			