

様式第14号の4 (第18条の2関係)

限度額適用  
 国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

被保険者証	記号	009	番号		一般・退本・退扶
減額対象者	氏名			生年月日	年 月 日
	個人番号			世帯主からみた 続柄	
申請日前1年間の 入院期間及び 保険医療機関名	年 月 日から 年 月 日まで 日間	名称			
		所在地			
	年 月 日から 年 月 日まで 日間	名称			
		所在地			
	年 月 日から 年 月 日まで 日間	名称			
		所在地			
上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。  年 月 日  世帯主 住所 _____ (申請者) 氏名 _____  個人番号 _____  電話番号 _____ - _____					
届出人が 世帯主以外の場合	住所 _____  氏名 _____ 電話番号 _____ - _____  世帯主からみた続柄 _____				

《以下市処理欄》

本人確認書類 ( 免許証 ・ マイナンバーカード ・ パスポート ・ 保険証 ・ )  
 申請者 ( 世帯主 ・ 世帯員 ・ 代理人※ ) ※ 委任状 ( 有 ・ 無 )  
 収納状況 ( 未納なし ・ 未納あり※ ) ※ 納税相談 ( 有 ・ 無 )

受付	交付	適用区分	長期該当	備考
	郵送 /	現Ⅰ ・ 現Ⅱ	有 ・ 無	
		低Ⅰ ・ 低Ⅱ		