

受付事務所 [ ]  
 受 付 者 [ ]

年度 申請	
新規・長期	前高・若人

*チェック欄（保険者使用欄）	
<input type="checkbox"/> 手渡( )	
<input type="checkbox"/> 郵送(自宅・病院・その他) ( / ) 発送	
<input type="checkbox"/> 保険料未納(有・無)	
<input type="checkbox"/> 交通事故等の第三者行為(有・無)	

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書  
 限度額適用・標準負担額減額

(宛先) 姫路市長

次のとおり、国民健康保険限度額適用、標準負担額減額及び限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

なお、市民税賦課状況については、税務情報による世帯主とその世帯の国民健康保険加入者全員の調査を承諾します。

申請日	年 月 日	被保険者証の記号番号	電話番号	-	-
住 所					
フリガナ	フリガナ				
世帯主の氏名	認定対象者の氏名		( 生)		
認定対象者の資格	1 一般 2 退職本人 3 退職家族 4 前期高齢者				
世帯主の個人番号	認定対象者の個人番号				

※非課税世帯で申請日の前1年間の入院日数が90日を超える方は、以下の欄も記入してください。  
 また、入院した医療機関等の発行する領収書など、入院期間の確認できる書類を添付してください。

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			

[保険者使用欄] ※下記の欄には記入しないでください。

適用区分	ア(901～)	イ(600～901)	ウ(210～600)
	エ(～210)	オ(低所得)	標準負担額減額(食事のみ)
	低所得Ⅰ	低所得Ⅱ	現役Ⅰ 現役Ⅱ 非該当(一般、現役Ⅲ)
申請日の前1年間の入院期間	合計	日間(91日目) 年 月 日	
発効期日	年 月 日	長期入院	該当・非該当
		長期該当日	年 月 日

個人番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 番号確認書類 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 職権	身元確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 未確認	添付書類 <input type="checkbox"/> 医療機関の領収書 枚 <input type="checkbox"/> 保険料の領収書 枚
--	--	---