

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

被保険者記号番号		井 敦 一				
世帯主	住 所					
	氏 名			個人番号		
限度額適用 減額対象者	氏 名			生 年 月 日	昭・平・令	男・女
	個人番号				年 月 日	
	世帯主との続柄				電 話 番 号	
長期入院	該 当 ・ 非該 当					

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

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日 住所：

敦賀市長 殿 申請者 氏名：

(世帯主) 個人番号：

電話： () ー

市区町長が証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及び世帯に属する被保険者に____年度の市（区）町民税が課せないことを証明する 市区町長名 ⑤
------------	---

備 考 「市区町長が証明する欄」は、保険者が市区町であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

発行区分	70歳未満	ア イ ウ エ オ(非課税)		本人確認(窓口来庁者:世帯主・本人・代理人) ☐ 運転免許証・マイナンバーカード等 ☐ 資格確認書・年金手帳等 ☐ 住基情報 ☐ その他()
	70歳以上	3割	現役並みⅠ ・ 現役並みⅡ	
		2割	区分Ⅰ ・ 区分Ⅱ	

受付	確認