

様式第7（第8条関係）

国民健康保険

- 限度額適用  
 標準負担額減額  
 限度額適用・食事療養標準負担額減額

認定申請書

被保険者証記号番号			
減額対象者	氏名		生年月日 年 月 日
	個人番号		性別 男 ・ 女
	世帯主の続柄		長期入院 該当 ・ 非該当
①	申請日の前1年間の入院期間（日）	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）	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
③	申請日の前1年間の入院期間（日）	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
④	申請日の前1年間の入院期間（日）	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
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住所 氏名 個人番号 電話番号 ( ) 扶桑町長様			

【事務処理欄】

発効期日	平成 年 月 日
有効期限	平成 年 月 日
長期入院該当年月日	平成 年 月 日

\*申請月の初日、申請月が国保取得月の場合は取得日から  
 \*前期移行 誕生月の末まで 後期移行 誕生日前日まで

保険証区分  一般被保険者  退職被保険者  退職被扶養者  
 申告状況  未申告

適用区分	70歳未満	<input type="checkbox"/> ア	基礎控除後の総所得金額が901万円超(擬主は含まない)または未申告
		<input type="checkbox"/> イ	基礎控除後の総所得金額が600万円超901万円以下(擬主は含まない)
		<input type="checkbox"/> ウ	基礎控除後の総所得金額が210万円超600万円以下(擬主は含まない)
		<input type="checkbox"/> エ	基礎控除後の総所得金額が210万円以下(擬主は含まない)
		<input type="checkbox"/> オ	住民税非課税世帯(擬主を含む)
	70歳以上	<input type="checkbox"/> 低所得者Ⅱ	住民税非課税世帯(擬主を含む)
<input type="checkbox"/> 低所得者Ⅰ		住民税非課税世帯(擬主を含む)で、各所得が基準額以下	

※上記の個人番号とはマイナンバーのことで、日本国内に住所を有する人に、一人に一つ付番された12桁の番号です。