

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 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 と 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 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					
③	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					
④	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					
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																

<様式外>

【事務処理欄】

発 効 期 日	令和 年 月 日
有 効 期 限	令和 年 月 日
長 期 入 院 該 当 年 月 日	令和 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
		<input type="checkbox"/> 現役並みⅡ	課税所得380万円以上(擬主は含まない)
		<input type="checkbox"/> 現役並みⅠ	課税所得145万円以上(擬主は含まない)

※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。