

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

受付印

堺市 区長 殿

令和 年 月 日

世帯主 住所

氏名

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号 ()

限度額適用・標準負担額減額認定証

限度額適用認定証

次のとおり、標準負担額減額認定証の交付を申請します。

以後、認定に関し、課税台帳その他必要な公簿により確認されることに同意します。

被保険者証記号番号	堺国 ()		
限度額適用 減額対象者	氏名	世帯主との続柄	
	生年月日	年 月 日生	性別
長期入院	該当・非該当		保険区分 一般・退職
※①から④欄は、長期入院該当者のみ記入してください。(入院日数合計 日間)			
①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 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年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 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年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 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年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

[堺市処理欄]

決 裁 日	令和 年 月 日	課 長	課長補佐	係 長	係
上記の申請について、認定し、限度額適用・標準負担額減額認定証、限度額適用認定証、標準負担額減額認定証を交付してよろしいか。					
市民税非課税確認方法	1. 市民税非課税証明書 2. 保護申請却下通知 3. 公簿 ()			適用区分	
認定証発効日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日	受付	
長期該当発効日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日	所管	