

山梨県国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書 (記載例)

限度額適用 標準負担額減額 限度額適用・標準負担額減額

令和 ○年 ○月 ○日

甲斐市長 殿

※太枠の中を記入してください。
※申請者が世帯主と同じ世帯ではない場合、委任状と申請者の身分証明書が必要です。

世帯主	住所	甲斐市 篠原11-1		申請者	世帯主 (以下申請者欄の記入は不要です) 世帯員・代理人 (委任状と身分証明書、が必要です) ※委任状がない場合、本人との関係、委任状なしの理由の記入が必要です			
	氏名	山梨 太郎			住所	世帯主と同じ		
	個人番号	1234 5678 9101			氏名	山梨 次郎	対象者との関係	子
	電話	055-278-1111			電話	055-278-1112		
	生年月日	昭和 平成	30年 2月 2日		個人番号 (代理人の場合は不要)	1234 5678 9012		

委任状なしの理由	
----------	--

- 下記のとおりに関係書類を添えて、
1. 限度額適用認定証
2. 標準負担額減額認定証
3. 限度額適用・標準負担額減額認定証

被保険者証の記号・番号	カイー	10012002	区分	<input checked="" type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職扶養	
減額対象者	氏名	山梨 太郎	生年月日	昭和 平成 令和	30年 2月 2日
	個人番号	1234 5678 9101	長期入院	該当 ・ 非該当	
	世帯主との続柄	本人			

※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 日間]

①	申請日の前1年間の入院日数	平成 令和	年 月 日	～	平成 令和	年 月 日	(日間)
	入院をした保険医療機関等	名称					
②	申請日の前1年間の入院日数	平成 令和	年 月 日	～	平成 令和	年 月 日	(日間)
	入院をした保険医療機関等	名称					
③	申請日の前1年間の入院日数	平成 令和	年 月 日	～	平成 令和	年 月 日	(日間)
	入院をした保険医療機関等	名称					

*ここから下は担当者が記入します

年齢区分	
70歳未満	70歳以上

国保税の滞納	
有	無

住民税区分	
課税	非課税

標準負担額減額 承認・却下 決定 令和 年 月 日

処理欄	承認	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿()	交付番号	令和 年 月 日	発行方法	窓口・郵送
	却下	理由	長期該当 年月日	令和 年 月 日	保険証確認	有・無
市民税確認欄	世帯主及びその世帯の被保険者の令和 年度市民税について、次のとおり確認する。		国民健康保険係			確認
	1 課税	2 非課税	課長	係長	係員	