

記入例

伺年	月	日	令和	年	月	日
起案者						
	課長	係長	係			

国民健康保険税の未納はないので、申請にもとづき限度額認定証を交付してよろしいでしょうか。

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

御代田町長 様

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者（世帯主）

窓口に来た方

住所 御代田町大字馬瀬口 1794-6

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

氏名 御代田 太郎

氏名 御代田 花子

個人番号

世帯主との続柄 妻

電話 ○○○○-○○-○○○○

下記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

なお、世帯主及び世帯員のうち国保加入者全員の課税の状況について、調査することに同意します。

被保険者証の記号番号	みよた ○○○○○		1. 一般 2. 退職本人 3. 退職家族	
限度額適用減額対象者	氏名	御代田 太郎	世帯主との続柄	本人
	生年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
	個人番号			
長期入院（90 日以上）	該当・非該当		交通事故等の第三者行為	有・無

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年間の入院期間（日数）	年 月 日から (日間)	
		年 月 日まで	(日間)
①	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 (日間)	
		年 月 日まで	(日間)
②	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 (日間)	
		年 月 日まで	(日間)
③	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 (日間)	
		年 月 日まで	(日間)
④	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

	確認事項	担当者
確認欄	運免証・パスポート・在留カード・個人番号カード・その他 ()	