

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者記号番号							
フリガナ 対象者氏名	-----						
個人番号 マイナンバー	-----	-----	-----	-----	生年月日	昭・平・令	年 月 日
電話番号	-----			世帯主との続柄			

上記のとおり関係書類を添えて、国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定について申請します。
 なお、申請に係る所得等の調査については、府中町に同意します。

令和 年 月 日

府 中 町 長

世 帯 主 住 所 安芸郡 府中町

氏 名 _____

個人番号
マイナンバー

次の欄は、標準負担額減額認定（70歳以上の区分Ⅰを除く）を受けた方で、その認定後の入院期間が90日を超えた場合（長期入院該当）のみご記入ください。

減額認定者としての長期入院該当【 無 ・ 有 （申請日前1年間の入院日数合計 日間）】			
①	入院した保険医療機関	令和 年 月 日～	年 月 日まで 日間
	名称	所在地	
②	入院した保険医療機関	令和 年 月 日～	年 月 日まで 日間
	名称	所在地	
③	入院した保険医療機関	令和 年 月 日～	年 月 日まで 日間
	名称	所在地	

町処理欄 ※以下の記入は不要です。

認定	<input type="checkbox"/> 70歳以上	<input type="checkbox"/> 現役並み所得者(現Ⅲ) → 非該当 <input type="checkbox"/> 現役並み所得者(現Ⅱ) → 限 <input type="checkbox"/> 現役並み所得者(現Ⅰ) → 限 <input type="checkbox"/> 一般 → 非該当 <input type="checkbox"/> 区分Ⅱ → 限+標+(長) <input type="checkbox"/> 区分Ⅰ → 限+標	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定 <input type="checkbox"/> 長期認定(区分Ⅱ)
イ 町民税非課税証明書・課税台帳記載事項証明書 ロ 公簿() ハ 70歳未満の場合 国民健康保険税の滞納(有・無)	<input type="checkbox"/> 70歳未満	<input type="checkbox"/> 上位所得者(ア) → 限 <input type="checkbox"/> 上位所得者(イ) → 限 <input type="checkbox"/> 一般(ウ) → 限 <input type="checkbox"/> 一般(エ) → 限 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯(オ) → 限+標+(長)	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定 <input type="checkbox"/> 長期認定(住非課税)
有効期限	令和 年 月 日	長期認定該当日	交付日
	～ 令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日

第三者行為の有無 有 ・ 無