

(様式第9号) (第19条関係)

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

飯山市長 あて 申請日 年 月 日

- 次のとおり認定の申請をします。
- 次のとおり認定の再申請をします。なお、後日認定証発見の際は直ちに返納します。

被保険者証記号番号		いいやま	電話番号	()	
世帯主	住所	飯山市(大字)			
	氏名	Ⓜ	生年月日	大・昭・平 年 月 日	男・女
	個人番号				
限度額適用減額対象者	氏名		生年月日	昭・平 年 月 日	男・女
	個人番号	世帯主との続柄			

来庁者	氏名	世帯主との続柄	
※世帯主・対象者と来庁者が同じ場合は記入不要です。		電話番号	()

送付先	※住民登録地以外への送付を希望される場合のみご記入ください(今回に限り送付します)。			
	〒			
	氏名	世帯主との続柄	電話番号	()
(注意)今後のご案内等も継続して住所登録地以外への送付を希望される場合は送付先変更届を提出してください。				

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)	平成 年 月 日から	平成 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)	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地		

市町村長が証明する欄 「市町村長が証明する欄」は、保険者が市町村長であって、当該事実を公簿等によって確認できるときは、省略できる。

※処理欄※

長期	非該当	認定	1. 公簿 2. 減額認定証 3. 非課税証明書 4. 保護申請却下通知書	受理番号 第 号	交付番号 第 号
	該当	方法		差額支給 有 無	差額支給台帳番号 第 号
認定日	平成 年 月 日	所得及び課税状況	901万円~	「ア」	資格区分
有効期限	平成 年 月 日		600万円~901万円 210万円~600万円 ~210万円	「イ」 「ウ」 「エ」	
			住民税非課税世帯	「オ」	一般 退本 退扶 高齢(低I・低II)
却下理由				備考	