

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

(あて先) 木更津市長

令和 年 月 日

被保険者証記号番号	06-	電話番号	()		
世帯主	氏名	印	個人番号		
	住所	木更津市			
減額対象者	氏名		個人番号		
	生年月日	昭・平・令	年	月	日
交通事故等の第三者行為		有・無	長期入院	該当・非該当	<input type="checkbox"/> 確認済
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 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)	年 月 日から 年 月 日まで 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年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

届出人	世帯主との関係	1 世帯主 2 減額対象者 3 同一世帯員 4 代理人(委任状必須)	本人 確認書類	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()
	氏名	※3の方のみ記入		NO.

※市記入欄

公簿により上位所得世帯・課税・非課税であることを確認しました。 (ア・イ) (ウ・エ) (オ)	令和 年 月 日	確認印	
納付状況確認欄(国民健康保険税) 完納である・未納あり	令和 年 月 日	確認印	