

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

(あて先) 木更津市長 令和 年 月 日

資格確認書等記号番号		06－		電話番号	()	
世 帯 主	氏名				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	昭和	年	月	日	世帯主からみた続柄
交通事故等の第三者行為		有 ・ 無		長期入院	該当 ・ 非該当	☐ 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			
④	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			
⑤	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	☐ 免許証 ☐ 在留カード ☐ マイナンバーカード ☐ その他()
	氏名	※3の方のみ記入		NO.

公簿により非課税(低Ⅰ・低Ⅱ)であることを確認しました。	令和 年 月 日	確認印	
------------------------------	----------	-----	--

マイナ保険証(※)は限度額適用認定証としてもご利用いただけます。
 事前の手続きが不要になりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。
 保険税を滞納されている場合や前年の収入が未申告の場合は利用することはできません。
 ※ 電子資格確認に利用される個人番号カード