

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

再交付

減額対象者	記号		番号(枝番)	(枝番)		
	氏名					
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	個人番号					
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)	令和 令和	年 年	月 月	日から 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)	令和 令和	年 年	月 月	日から 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)	令和 令和	年 年	月 月	日から 日から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(宛先) 入間市長</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: center;">個人番号 _____</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____</p>						

[以下処理欄]

所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ・オ長期※ <small>※非課税期間( 年 月以降)</small>	現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅱ長期※・低Ⅰ <small>※非課税期間( 年 月以降)</small>	翌月の区分 <input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更有 [ ]
被保険者区分	一般・未就学	70(2割・3割)	
高額賦課基準額合計額	円	市民税CHK	税
申請	窓口・郵送( / 受)	交付	窓口・郵送( / 送付)

本人確認 (免許証・マイナンバーカード・パスポート・住基カード・( ) )

申請者(世帯主・世帯員( )・代理人※委任状・申立書)

担 当 ( )