

**限 度 額 適 用 認 定**  
**国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書**  
**標 準 負 担 額 減 額 認 定**

(宛先) 函館市長  
 下記のとおり申請します。

|     |          |                 |             |  |  |       |
|-----|----------|-----------------|-------------|--|--|-------|
| 届出日 | 令和 年 月 日 | 被保険者<br>記号・番号   | 函           |  |  | 一般・退職 |
| 世帯主 | 住所       | 函館市 町 丁目 番(地) 号 |             |  |  |       |
|     | 氏名       | 電話番号            |             |  |  |       |
|     |          | 個人番号            |             |  |  |       |
| 対象者 | 氏名       | 生年月日            | 昭 平 令 年 月 日 |  |  |       |
|     | 世帯主との続柄  | 個人番号            |             |  |  |       |

下記届出人に保険証または認定証を預け、申請および受取を委任します。

|  |         |      |             |  |  |  |
|--|---------|------|-------------|--|--|--|
| 届出人<br><small>※世帯主と異なる場合に記入してください。</small> | 住所      |      |             |  |  |  |
|  | 氏名      | 生年月日 | 昭 平 令 年 月 日 |  |  |  |
|  | 世帯主との関係 | 電話番号 |             |  |  |  |

|      |        |              |              |  |
|------|--------|--------------|--------------|--|
| 長期入院 | 該当・非該当 | ※過去1年間で91日以上 | 限度額証<br>受領確認 |  |
|------|--------|--------------|--------------|--|

|   |               |                        |  |  |  |
|---|---------------|------------------------|--|--|--|
| ① | 申請日の前1年間の入院期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 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 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間 |  |  |  |
|   | 入院をした保険医療機関等  | 名称                     |  |  |  |
|   |               | 所在地                    |  |  |  |

| 処 理 欄 (受付担当者記載) |       |        |  |               |                    |  |  |    |   |  |
|-----------------|-------|--------|--|---------------|--------------------|--|--|----|---|--|
| 適用区分            | 70歳未満 | ア      | 課税 901万円超  | 発効期日 (当月1日)   | 令和 年 月 日           |  |  | 確認 | <input type="checkbox"/> 保険証<br><input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> マイナンバーカード<br><input type="checkbox"/> その他<br><input type="checkbox"/> 聞き取り |  |
|                 |       | イ      | 課税 600万円超901万円以下   | 有効期限          | 令和 年 月 日           |  |  |    |   |  |
|                 |       | ウ      | 課税 210万円超600万円以下   | 長期発生日 (91日目)  | 令和 年 月 日           |  |  |    |   |  |
|                 |       | エ      | 課税 210万円以下   | 長期入院該当 (翌月1日) | 令和 年 月 日           |  |  |    |   |  |
|                 |       | オ      | <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 離職者非課税 | 保険料滞納         | 有・無 ※5期以上滞納がある場合→有 |  |  |    |   |  |
|                 | 70歳以上 | 低II・低I | 現役II・現役I   | 備考            |                    |  |  |    |   |  |

(※本庁担当者記入欄)

|    |     |     |     |     |     |     |     |     |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 受付 | 本 庁 | 湯 川 | 銭亀沢 | 亀 田 | 戸 井 | 恵 山 | 楳法華 | 南茅部 |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

|     |     |
|-----|-----|
| 入 力 | 検 証 |
|     |     |