

**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 記号・番号	函 999999	01	(一般) 退職
世帯主	住所	函館市 東雲 町 丁目 4 番(地) 13 号			
	氏名	国保 太郎	電話番号	21-3145	
			個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
対象者	氏名	国保 花子	生年月日	昭平令 ●●年●●月●●日	
	世帯主との続柄	妻	個人番号	3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4	

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 <small>※世帯主と異なる場合に記入してください。</small>	住所	函館市東雲町4番13号			
	氏名	国保 三郎	生年月日	昭平令 ●●年●●月●●日	
	世帯主との関係	子	電話番号	21-3145	

長期入院	該当・非該当	※過去1年間で91日以上	太枠内の必要事項をご記入ください。				
①	申請日の前1年間の入院期間	令和 年 月	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td></td> </tr> </table>	名称		所在地	
	名称						
所在地							
入院をした保険医療機関等							
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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td></td> </tr> </table>	名称		所在地	
	名称						
所在地							
入院をした保険医療機関等							

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 ( ) □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	□非課税 □退職者非課税	保険料滞納 有・無 ※5期以上滞納がある場合→有			
	賦課標準額(計) / 課税所得 (円)		備考				
70歳以上	低II・低I	現役II・現役I					

(※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