

**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
世帯主	住所	函館市 東雲 町 丁目 4 番(地) 13 号		
	氏名	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
	<input checked="" type="checkbox"/> 下記届出人に保険証, 資格確認書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	住所	函館市東雲町4番13号		
	氏名	国保 太郎	生年月日	昭平令 ●●年●●月●●日
	世帯主との関係	子	電話番号	21-3145

太枠内の必要事項をご記入ください。

◆◆マイナンバーカードの保険証利用について◆◆

保険証利用登録をしたマイナンバーカードを使用してオンライン資格確認を導入している医療機関を受診し、情報提供に同意する場合は、『限度額適用認定証』がなくても自己負担限度額が適用されます。

ただし、過去12ヶ月間の入院日数が91日以上食事代の減額については、長期入院該当日の確認できる限度額適用・標準負担額減額認定証または資格確認書を提示する必要があります。

長期入院	該当・非該当	※過去1年間で91日以上		
申請日の前1年間の 入院日数		年 月 日 ~ 年 月 日 日間	年 月 日 ~ 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	<input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 <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	
		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	檜法華	南茅部
----	----	----	-----	----	----	----	-----	-----

入力	検証
----	----