

平成 年 月 日

70歳以上の被保険者用  
(高齢受給者証対象者)

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

|                |                           |  |  |      |       |             |  |  |        |     |  |
|----------------|---------------------------|--|--|------|-------|-------------|--|--|--------|-----|--|
| 被保険者証記号番号      | 07-                       |  |  | 電話番号 |       |             |  |  |        |     |  |
| 申請者<br>(世帯主)   | 住所                        |  |  |      |       |             |  |  |        |     |  |
|                | 氏名                        |  |  | 生年月日 | 年 月 日 |             |  |  |        | 男・女 |  |
|                | 個人番号(マイナンバー)              |  |  |      |       |             |  |  |        |     |  |
| 限度額適用<br>減額対象者 | 氏名                        |  |  | 生年月日 | 年 月 日 |             |  |  |        | 男・女 |  |
|                | 個人番号(マイナンバー)              |  |  |      |       |             |  |  |        |     |  |
|                | 世帯主との続柄                   |  |  |      |       | 長期入院(91日以上) |  |  | 該当・非該当 |     |  |
| 申請理由           | 1 疾病等 2 第三者行為 3 業務上の事由・通勤 |  |  |      |       |             |  |  |        |     |  |

以下は、**申請日の前1年間の入院期間が91日以上の場合のみ**記入してください。

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

|                 |  |  |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|--|--|
| 市区町村長が<br>証明する欄 | 下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に<br>年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。<br>_____、 _____、 _____、 _____、<br>平成____年____月____日 市区町村長名 印 |  |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|--|--|

## 市処理欄

|                                 |                                   |        |  |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------|--|
| 非<br>課<br>稅<br>確<br>認<br>方<br>法 | 1 非課稅證明書                          | 認<br>定 | 1 認定する<br>区分 低所得I・低所得II・現役並みI・現役並みII<br>A 長期非該当<br>B 長期該当(月 日から) |
|                                 | 2 生活保護申請却下通知書                     |        | 2 却下する<br>(理由)   |
|                                 | 3 課稅台帳確認                          |        |  |
|                                 | 4 発行済減額認定証確認                      |        |  |
|                                 | 5 その他                             |        |  |
| 発行認定証                           | 1 限度額適用 2 標準負担額減額 3 限度額適用・標準負担額減額 |        |  |
| 交付日                             | 平成 年 月 日                          | 交付方法   | 窓口・郵送 担当者名   |

備考 1 「市区町村長が証明する欄」は、申請日の属する年の1月1日(申請日の属する月が1月から7月までの場合は、その前年の1月1日)現在、小田原市にお住まいの方で、非課稅の事実が課稅台帳等で確認できる場合は、必要ありません。

2 **国民健康保険料の滞納がある世帯には、限度額適用の認定をすることができない場合があります。**

|       |                        |
|-------|------------------------|
| 来 庁 者 |                        |
| 1点確認  | 免許・免歴・パ・個・障・療・在・特・他( ) |
| 発行番号  |                        |
| 2点確認  | 保証・後・介・年手・年証・引親・他( )   |