

様式第20号(規則第17条関係)

国民健康保険限度額適用、標準負担額減額、限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書

(申請先)新座市長

下記のとおり、申請します。

申請日 令和 年 月 日

区分	<input type="checkbox"/> 限度額適用 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額 <input type="checkbox"/> 食事(生活療養)標準負担額減額			
被保険者	記号	埼新	番号	(枝番) <small>※減額対象者のものを記載</small>
世帯主	住所	新座市		
	氏名		生年月日	年 月 日
	個人番号		電話番号	
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	個人番号		世帯主との続柄	
長期入院	該当・非該当		※非課税世帯で、申請日の前1年間の入院日数が90日を超える方	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 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(日数)		年 月 日から 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(日数)		年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	入院をした保険医療機関等		名称 所在地	
世帯主以外の方が来庁した場合は下記も記入してください。				
住所				
氏名				
電話番号 — —				

備考 非課税証明書等は、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

確認	来庁者		担当者	
	本人確認	免・保・住・他()		
	収納状況	過年度完納 現年度 期まで納付確認済	・未納 執行停止() 不納欠損()	納税課確認 済・未 (担当:)
	適用区分	(ア・イ・ウ・エ・オ) (現役並みⅡ・現役並みⅠ) (低Ⅱ・低Ⅰ)		