

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) ※減額対象者のものを記載
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 日間 年 月 日まで	
	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 日間 年 月 日まで	
	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 日間 年 月 日まで	
	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。

マイナ保険証を(\*)利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用・標準負担額減額認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

※電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

確認欄	来庁者		担当者	
	本人確認	免・マイナンバーカード・資格確認書・他( )		
	収納状況	過年度完納 執行停止( ) 納税課確認 済・未 現年度 期まで納付確認済 ・未納 不納欠損( ) (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)			