

記入例

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 令和〇年 〇月 〇日

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		被保険者記号・番号・枝番	養)標準負担額減額
被保険者	記号	埼新	番号	1234567 (枝番) 01
世帯主	住所	新座市 野火止1-1-1		
	氏名	新座 太郎	生年月日	昭和35年 1月 1日
	個人番号	1234 5678 1234	電話番号	048-477-1111
減額対象者	氏名	新座 花子	生年月日	昭和40年 2月 1日
	個人番号	5678 1234 5678	世帯主との続柄	妻
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(日数)	年 月 日から		日間
	入院をした保険	年 月 日まで		
②	申請日の前1年	年 月 日から		日間
	入院をした保険	年 月 日まで		
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から		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	-	-

申請日の前1年間に90日以上のご入院をされた方は、上の「長期入院」欄の『該当』を○で囲み、入院の日数や医療機関名を記入してください。入院時の医療機関領収明細書等の写しを添付していただいても結構です。

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)		