

70歳以上

継続新規

国民健康保険限度額適用・減額認定申請書

※本枠内をご記入ください。

被保険者証 記号番号	05—				区 分	一般			
世 帯 主	住 所	館山市 番地							
	氏 名	ⓐ				生年月日	大・昭	性別	男 女
	個人番号							年 月 日	
減額対象者 (認定証が 必要な方)	氏 名	ⓑ				生年月日	昭和	性別	男 女
	個人番号							年 月 日	
	続 柄 (世帯主からみて)			連絡がとれる 電 話 番 号			第三者行為	有・無	

長期入院	該当	・	非該当	入院日数合計(日間)			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成 年 月 日から				日間
			平成 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)		平成 年 月 日から				日間
			平成 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)		平成 年 月 日から				日間
			平成 年 月 日まで				
	入院をした保険医療機関等		名 称				
			所在地				
平成 年 月 日							
市区町村 長が証明 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国保被保険者に 平成 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 _____, _____、_____, _____、 平成 年 月 日 市区町村長名 _____ 印						

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができる場合は省略できる。

◇◇◇ 保険者記入欄 ◇◇◇

上記被保険者に対し下記のとおり減額認定してほしいか。

発 効 期 日	平 成 年 月 日
長期該当の有無	有 ・ 無 平 成 年 月 日
有 効 期 限	平 成 年 月 日

確 認 方 法
リスト・減 額 認 定 書
非 課 税 証 明 等 ・ 税 務 課

課 長	副課長	係 長	主担当	係	区分判定

本人確認(世帯主):1個 2免 3旅 4住 5保 6その他()
個人番号確認(A&B):1通 2個 3住 4その他()
本人確認(代理受領):1個 2免 3旅 4住 5保 6その他()
代理人氏名生年月日:氏名 TSH 年 月 日生
代理受領権確認:1委任状 2主の被保証 3その他()

70歳以上

継続 新規

国民健康保険限度額適用・減額認定申請書

※本枠内をご記入ください。

被保険者証 記号番号	05—	12345678	区 分	一般														
世 帯 主	住 所	館山市 北条1145 番地 01																
	氏 名	館山 太郎		館	生年月日	明・大 昭	性別	男										
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	0	0	0	0	19年	1月	1日	女	
減額対象者 (認定証が 必要な方)	氏 名	館山 太郎		館	生年月日	明・大 昭	性別	男										
	個人番号	3	4	5	6	7	8	9	1	0	0	0	0	19年	1月	1日	女	
	続 柄 (世帯主からみて)	本人		連絡がとれる 電 話 番 号	0470-22-3428		第三者行為	有・無										
長期入院	該当	・	非該当	入院日数合計(日間)														
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成 年		日間													
	入院をした保険医療機関等		名 称												平成 年		日間	
			所在地															
	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成 年		日間													
②	入院をした保険医療機関等		名 称												平成 年		日間	
			所在地															
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成 年		日間													
	入院をした保険医療機関等		名 称												平成 年		日間	
		所在地																
平成 年 月 日																		
市区町村 長が証明 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国保被保険者に 平成 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 _____ 平成 年 月 日 市区町村長名 印																	

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、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。

◇◇◇ 保険者記入欄 ◇◇◇

上記被保険者に対し下記のとおり減額認定してほしいか。

発 効 期 日	平 成 年 月 日
長期該当の有無	有 ・ 無 平 成 年 月 日
有 効 期 限	平 成 年 月 日

確 認 方 法
リスト・減 額 認 定 書
非 課 税 証 明 等 ・ 税 務 課

課 長	副課長	係 長	主担当	係	区分判定

本人確認(世帯主):1個 2免 3旅 4住 5保 6その他()
個人番号確認(A&B):1通 2個 3住 4その他()
本人確認(代理受領):1個 2免 3旅 4住 5保 6その他()
代理人氏名生年月日:氏名 TSH 年 月 日生
代理受領権確認:1委任状 2主の被保証 3その他()