

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

年 月 日

申請人 住所
米沢市長 あて 氏名
次のとおり申請します。 生年月日
続柄（対象者との関係）
個人番号

被保険者証記号・番号		—		受 付 番 号			
世 帯 主 (□ 申 請 人)	住 所	〒 — 米沢市					
	氏 名			電話番号			
限度額適用 減額対象者 (□ 申 請 人)	氏 名			個人番号			
	生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日		世 帯 主 と の 続 柄			
	区 分	70 歳 以 上 ・ 70 歳 未 満		一 般 ・ 退 職		第三者 行為	有 無
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					
	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			
②	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					

判定区分	所 得 区 分		70歳以上	70歳未満
	上位所得者	現役並みⅢ		ア
		現役並みⅡ	現Ⅱ	イ
		現役並みⅠ	現Ⅰ	ウ
	一 般 所 得 者			エ
非課税世帯	低所得Ⅱ	低Ⅱ	オ	
	低所得Ⅰ	低Ⅰ		

☐ 国保証・限度額認定証
☐ 免許証・身分証
☐ その他

認定・却下 してよいか伺います。

認定月日	令和 年 月 日
------	----------

限度額等確認方法		決 裁	令和 年 月 日	
1 非課税証明書		起 案	令和 年 月 日	
2 公簿等		受 付	保険給付主査	課長補佐 決 裁
3 その他()				