

国民健康保険

限 度 額 適 用

限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

(提出先)
川越市長
次のとおり申請します。

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		申 請 年 月 日		年 月 日		
世 帯 主	住 所					
	氏 名			生 年 月 日	年 月 日	
	個 人 番 号			電 話 番 号		
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	交 通 事 故 等 の 第 三 者 行 為 該 当 の 有 無			有 ・ 無	
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				
④	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				

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被保険者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に_____年度の市（区）町村民税が課されていないことを証明する。 _____、_____、_____、 _____、_____、_____ 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）町村であつて、当該事実を公簿等により確認することができるときは、省略することができます。

注意：70歳未満の方は、国民健康保険税に滞納がある場合は、限度額適用認定証が交付されません。 ※ 下記の欄には記入しないでください。

適用区分	70歳未満	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ	保険税滞納	有 ・ 無
	70歳～74歳	現役並みⅠ ・ 現役並みⅡ ・ 低所得者Ⅰ ・ 低所得者Ⅱ		
交 付 年 月 日	年 月 日	発効期日	年 月 日	
	窓 口 交 付 ・ 郵 送	長期該当	年 月 日	

受付印	
受付担当者	