

国民健康保険 限度額適用 認定申請書  
限度額適用・標準負担額減額

（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	資格		一般・退職本人・退職被扶養	
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
	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
	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
	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
	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。 _____、_____、_____ _____、_____、_____ <div style="text-align: right;">市（区）町村長名 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">印</span></div>
-------------------	---

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