

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

日進市長 あて

申請者(世帯主)住 所 _____
氏 名 _____
個人番号 _____
電 話 _____

下記のとおり申請します。なお、窓口に行けない場合は次の者に申請書の届出及び認定証の受領について委任します。

受任者(届出人)住 所 _____
氏 名 _____
電 話 _____

委任者(世帯主)からみた続柄 _____

減額対象者	被保険者証 記号番号		個人 番号		
	氏 名		生年 月日	年 月 日	男・女
	世帯主と の続柄		長期 入院	該当 ・ 非該当	
入院をした保険医療機関等			入院期間		日数
①	名称		年 月 日から		日間
	所在地		年 月 日まで		
②	名称		年 月 日から		日間
	所在地		年 月 日まで		
③	名称		年 月 日から		日間
	所在地		年 月 日まで		

※ 世帯主(届出人が届け出る場合は届出人)の本人確認書類を添付してください。なお、別世帯の方が申請書を届け出る場合は、世帯主の本人確認書類も添付してください。

世帯主の本人確認書類

1点	運転免許証・パスポート・個人番号カード(写真あり)・在留カード・身体障害者手帳 その他(顔写真の貼られた証明書等)
2点	医療保険証・年金手帳・年金証書・学生証(写真あり)・社員証(写真あり)・キャッシュカード・預金通帳 クレジットカード・その他()

窓口に来られる方の本人確認書類

1点	運転免許証・パスポート・個人番号カード(写真あり)・在留カード・身体障害者手帳 その他(顔写真の貼られた証明書等)
2点	医療保険証・年金手帳・年金証書・学生証(写真あり)・社員証(写真あり)・キャッシュカード・預金通帳 クレジットカード・その他()