

**限度額適用  
国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書**

<input type="checkbox"/> 70歳以上
<input type="checkbox"/> 70歳未満

三浦市長 次のとおり申請します。

届出人(窓口に来た方)

住所			
氏名	生年月日	昭・平・令	年 月 日
電話番号	( )	世帯主との関係	

本人確認書類：マイナンバーカード 運転免許証 パスポート その他( )

申請年月日	年 月 日	被保険者記号番号	11・		
世帯主	届出人と同じ <input type="checkbox"/>				確認書類： <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 委任状
	住所 電話番号	☎ ( )			
	氏名	生年月日	大・昭・平	年 月 日	
	個人番号		性別	男・女	
減額対象者	届出人と同じ <input type="checkbox"/>				確認書類： <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 委任状
	氏名	生年月日	昭・平・令	年 月 日	
	個人番号		性別	男・女	
	続柄	第三者行為 (交通事故等)		有・無	

※ここから下は、市民税非課税世帯に属する長期入院該当者のみ記入してください。

	長期入院	該当・非該当(申請日の前1年間に91日以上入院している場合は長期入院該当)			
①	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)			
	入院をした医療機関等	名称			
		所在地			
②	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)			
	入院をした医療機関等	名称			
		所在地			
③	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)			
	入院をした医療機関等	名称			
		所在地			

世帯所得 区分	70歳未満	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ	70歳以上	現Ⅱ・現Ⅰ	長期入院	該当・非該当
		アの場合 所得申請	無・有		低Ⅱ・低Ⅰ	長期該当日	年 月 日

保険税 滞納	無・有( )	証交付 (日付)	窓口・郵送 ( / / )	受付印
-----------	--------	-------------	------------------	-----

決裁 区分	丁	課長	GL	課員	(公簿等により確認) 確認日