

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  
 標準負担額減額

北上市長 様

令和 年 月 日

被保険者証記号番号		資格		一般	退職本人	退職扶養
世帯主	住所	北上市				
	氏名	印		連絡先		
対象者	氏名			生年 月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	個人番号					
	性別	男・女	世帯主との続柄			
届出人	住所			連絡先		
	氏名			世帯主 との続柄		
第三者の行為によるものか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
非課税世帯の長期入院該当者記入欄	申請日の前1年間の入院期間（日数）			入院をした保険医療機関・薬局等		
	年 月 日から	年 月 日まで	日間	名称		
	年 月 日から	年 月 日まで	日間	所在地		
	年 月 日から	年 月 日まで	日間	名称		
				所在地		

【処理欄 新規 ・ 更新 ・ 再交付 ・ 長期該当】

届出人本人確認		運転免許証 ・ 保険証 ・ <input type="checkbox"/> ( )			
区分	課税世帯	70歳未満	ア	イ	ウ エ
	非課税世帯	70歳以上	オ	長期入院 非該当・該当 ( 年 月から該当 )	
			低II	<input type="checkbox"/> 病院に連絡済 受付印	
	課税世帯		低I		
		現役並みI		現役並みII	
交付方法 (更新時)		転送願 窓口 ・ 郵送 ⇒ なし ・ あり <input type="checkbox"/> 申告済確認 <input type="checkbox"/> 連絡票交付 <input type="checkbox"/> 提出済			