**令和8年8月1日付け更新用**

# 国民健康保険［限度額適用／標準負担額減額／限度額適用・標準負担額減額］認定証交付申請書

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者記号・番号 | 島３ | | | | | |
| 申請者（世帯主） | 住所 | 電話 | | | | |
| | 氏名 | | 生年月日 | 大・昭・平　年　月　日 | 男・女 | |
| | 個人番号 | | | | | |
| 限度額適用減額対象者 | 氏名 | | 生年月日 | 昭・平・令　年　月　日 | 男・女 | |
| | 個人番号 | | 世帯主との続柄 | | | |
| 長期入院 | 該当・非該当 | 入院日数 | 計　日 | 第三者行為の有無 | 有・無 | |

| 標準負担額減額を適用された入院期間 | | | |
|---|---|---|---|
| ① | 申請日の前1年間の入院期間（日数） | 年　月　日から<br>年　月　日まで | 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<br>年　月　日まで | 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<br>年　月　日まで | 日間 |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | |
| | | 所在地 | |

郡山市長

**令和　　年　　月　　日**

備考

1　長期入院については、食事療養標準負担額減額認定証の交付を受けている期間に入院している日数で、申請月含め過去12か月以内のものを合計し、計91日以上になる場合に該当します。上記欄の記入に加え、入院の事実や期間が確認できる領収書等を添付してください。

2　保険者が、転入等による理由のため申請世帯の前年度の住民税課税状況をすぐに把握できない場合には、住民税賦課期日に住所があった自治体が発行する前年度の住民税課税状況及び所得が把握できる書類を添付してください。ただし、保険者が公簿等で把握できる場合はその限りではありません。
（住民税賦課期日とは、1～7月の申請にあっては前年の1月1日現在、8～12月の申請にあってはその年の1月1日現在をいいます。）

※以下の欄は記入しないでください。

| ※処理欄 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 限度額減額認定(非長期) | 長期認定 | |
| | 1 限度額適用 | 4 限度額適用・減額非長期 | 令和　年　月　1日 発効 | 令和　年　月　1日 発効 | |
| | 2 減額非長期 | 5 限度額適用・減額長期該当 | 令和　年　月　日 交付 | 令和　年　月　日 交付 | |
| | 3 減額長期該当 | | 令和　年　月　日 まで | 令和　年　月　日 まで | |
| | 国保税滞納の有無 | 特別な事情認定 | 限度額適用判定 | 国保税収納課担当者 | |
| | 有・無 | 有（　　）・無 | 認定・却下 | | |
| | 70未満区分 | ア・イ・ウ・エ・オ・G | 70以上区分 | 現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ | No. |
| | 一般／70以上<br>退本／退扶 | | 備考 | 【新規あり・更新のみ】【本庁対応職員：　　】<br>【⑦　／　～　／　（　・　／　～）】 | |
| | 受付者 | 個人番号の確認 | □個人番号カード・通知カード　□その他（　　） | | |
| | | 申請人の本人確認 | □個人番号カード　□運転免許証　□その他（　　） | | |
| | | 代理権の確認 | □委任状　□医療保険被保険者証　□その他（　　） | | |
| | | 代理人氏名等 | 氏名（　　）申請人との関係（　　） | | |
| | | 代理人の本人確認 | □個人番号カード　□運転免許証　□その他（　　） | | |