

令和7年度

国民健康保険

限度額適用

標準負担額減額

認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

記入見本

*ご案内

マイナンバーカードを健康保険証として利用すれば、限度額適用認定証の申請は不要となります。(長期入院の申請を除く)

限度額適用 減額対象者	氏名 世帯主との続柄	マイナンバーをご記入下さい。 ※未記入でも申請できます。		個人番号 1111 2222 3333	生年月日 年
長期入院		該当・非該当	交通事故等の第三者行為	有・無	
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。				入院日数合計(91日間)	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和7年9月1日から 91日間 令和7年11月30日まで		
	入院をした保険医療機関等		名称 小平病院	所在地 東京都小平市花小金井1丁目8番1号	年月日から 年月日まで
②	申請月から起算し過去1年間に通算して90日以上のご入院をされた方は、「該当」に○をしてください。それ以外の方は、「非該当」に○をしてください。		年月日から 年月日まで		
	入院をした保険医療機関等		名称	所在地	年月日から 年月日まで
③	申請月から起算し過去1年間に通算して90日以上のご入院をされた方は、「該当」に○をしてください。それ以外の方は、「非該当」に○をしてください。		年月日から 年月日まで		
	入院をした保険医療機関等		名称	所在地	年月日から 年月日まで
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年月日から 年月日まで		
	入院をした保険医療機関等		名称	所在地	年月日から 年月日まで

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

令和7年 月 日

住 所

東京都小平市小川町2丁目1333番地

世帯主

(申請者) 国保 太郎

個人番号 1111 2222 3333

電話番号

042-346-9529

ご記入いただいた内容について、
こちらから確認をさせていただく
場合がありますので、電話番号も
忘れずにご記入ください。

携帯電話の番号でも構いません。

れば、事前の手
超える支払いが
となりますので、
ください。

個人番号カードをいいます。

マイナンバーをご記入下さい。
※未記入でも申請できます。

古町村民税非課税登記用書

受付用紙(第1号)

原則、申請月(申請書の収受月)の1日から有効な証を発行します。

遡及を希望する場合は、保険年金課にお問い合わせいただいたうえで、事前にご相談いただいた旨を余白にご記入ください。なお、ご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。

所得区分

ア・イ・ウ・エ・オ・低I・低II・現I・現II