

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

彦根市長 様

年 月 日

被保険者記号番号		滋彦					
世帯主	住所						
	氏名	(署名または記名押印)			生年月日	年 月 日	
	個人番号				電話番号		
限度額適用 減額対象者	氏名				生年月日	年 月 日	
	世帯主との続柄			個人番号			
長期入院	該 当 ・ 非該当		第三者行為		有 ・ 無		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 日間 年 月 日まで				
	入院をした保険医療機関		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 日間 年 月 日まで				
	入院をした保険医療機関		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 日間 年 月 日まで				
	入院をした保険医療機関		名 称				
			所在地				
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 日間 年 月 日まで				
	入院をした保険医療機関		名 称				
			所在地				

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

年 月 日

市区町村長が 証明する欄	<p>下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主およびその世帯に属する被保険者に____年度の市(区)町村民税が課されていないことを証明する。</p> <p>____、____、____、 ____、____、____、 市区長村長名 印</p>
-----------------	---

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

所 得 の 状 況				
氏 名				
年 中 の 所 得	公的年金収入 (老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職年金等)	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	給 与 収 入 (パート収入等含)	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	年金・給与以外の所得 ＜収入－必要経費＞	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	() 所得	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	() 所得	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	() 所得	_____ 円	_____ 円	_____ 円
<p>(注)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・上記については、低所得Ⅰの区分の適用を受けることを希望する場合について記入してください。 低所得Ⅰの区分は、世帯主及び国民健康保険被保険者全員が市県民税非課税であって、さらに、それぞれの給与、年金等の収入から必要経費（年金については控除額８０万円）を引いたとき各所得がいずれも０円となる場合に対象となります。 ・所得はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入（障害又は遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金など）は除きます。 ・公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の写し、公的年金及び給与収入額が確認できる所得（課税）証明書等を添付してください。なお、所得額を確認できる書類がなく、かつ、所得額を証明する書類が発行されていない所得については添付不要です。 (※ただし、１月１日において当市に住所がある方の<u>公的年金収入</u>の場合については添付書類不要) 				