

決 裁 欄	課 長	課長補佐	係 長	受 付

受付印 様式第8号(第20条, 第22条, 第24条関係)

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

被保険者証	記号番号	守谷・			区 分	一般・退職(本人・被扶養者)
	個人番号					
減額対象者	氏 名				生年月日	S・H・R 年 月 日
	世帯主との続柄				性 別	男 ・ 女
長期入院	該 当 ・ 非該 当			入院日数合計	日間	
①	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 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 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 年 月 日まで 日間		
	入院をした保険医療機関等	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 年 月 日まで 日間		
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				

枠線の中に記入・押印してください。
「個人番号」とは、12桁のマイナンバーです。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住 所 守谷市

氏 名

印

個人番号

電 話

守谷市長 宛て

保 険 者 処 理 欄	認 定 等	イ：市町村民税非課税証明書	ハ：公簿()
		ロ：保護申請却下通知書	ニ：却下(理由)
	所得区分	ア：901万円超	エ：210万円以下
		イ：600万円～901万円以下	オ，オ(長期)：非課税
		ウ：210万円～600万円以下	
		現Ⅱ：現役並みⅡ	Ⅱ，Ⅱ(長期)：低所得者Ⅱ
		現Ⅰ：現役並みⅠ	Ⅰ：低所得者Ⅰ
	長期入院説明 (オ・低Ⅱのみ)	済 ・ 未済	差額支給 有 ・ 無
	発効期日	令和 年 月 日	交付年月日 (窓口・郵送) 令和 年 月 日
	備考		