

記入例

決裁欄	課長	課長補佐	係長	受付
	保険証の右上に記載されている6桁の番号です。			

受付印 様式第8号 (4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 012345	区分	この区分は選択不要です。
	個人番号	123412341234		
減額対象者	氏名	守谷 太郎	生年月日	S・H・R 55年 5月 5日
	世帯主との続柄	本人	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。

こちらを記入してください。

上記のとおり申請します。
令和 ○年 ○月 ○日

世帯主 住所 守谷市大柏950-1

氏名 守谷 太郎

個人番号 1234 1234 1234

電話 0297-45-1111

この欄には、世帯主の氏名・個人番号(マイナンバー)・電話番号を記入してください。

守谷市長 宛て

保 険 者 等 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 ウ：210万円～600万円以下	オ、オ(長期)：非課税	
現役区分	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			