

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

被保険者の記号番号	記号				番号						受付番号
被保険者の個人番号											
認定対象者	氏名					生年月日	年 月 日				
	世帯主との続柄					長期入院	該 当 ・ 非該 当				
	区分	70歳未満・70歳以上									

ここからは、長期入院該当者のみ記入してください。				入院日数合計 (日間)			
①	申請月以前の12月以内の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(日間)					
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
②	申請月以前の12月以内の入院日数	年 月 日～ 年 月 日(日間)					
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
							<input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 領収書・レセプト・その他

上記のとおり申請します。

年 月 日 住 所
 (宛先)さいたま市長
 世帯主 氏 名
 個人番号
 電話番号 ()

※世帯主以外の方が代理で申請する場合は、下記の欄も記入して下さい。

氏名		世帯主との関係	
住所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	電話番号	

市区町村長が証明する欄	次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及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します。 年 月 日	市区町村長名 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 印
公簿等確認・証明書添付		

①申請人の身元確認	②代理権の確認	③番号確認
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人()	世帯主 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 転出証明書 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> * 1 2 3
<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 委任状(任意代理) <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理)	受療者 <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 転出証明書 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> * 1 2 3
<input type="checkbox"/> *		

確認者()