

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
 (郵送申請用)

被保険者証番号							
世帯主	住所						
	氏名			生年月日	年	月	日
減額対象者	氏名			個人番号			
	世帯主との続柄			生年月日	年	月	日
長期入院該当	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 (日間)			
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)			年	月	日から	日間
	入院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	日間
	入院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	日間
	入院した保険医療機関等	名称					
		所在地					

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。

年 月 日

住所 _____

世帯主名 _____ 伊賀市国民健康保険税に滞納はありません

電話番号 _____

伊賀市長 様 ※平日の日中に連絡がとれる番号を記入してください。

- ・世帯主の身分証明書（運転免許証、パスポート、在留カード、マイナンバーカード等）の写しを添付してください。
- ・記入漏れなどがある場合は、連絡させていただきます。連絡がつかない場合は、申請書を返送させていただきます。
- ・伊賀市国民健康保険税に滞納がある場合は、交付できません。
- ・長期入院に該当する場合は、90日以上入院があったことがわかる医療機関の請求書や領収書等の写しを添付してください。

処理欄	適用区分			発行確認	納付確認	処理日
	<input type="checkbox"/> 上位ア	<input type="checkbox"/> 非課税オ	<input type="checkbox"/> 高齢現Ⅱ	<input type="checkbox"/> 限度 (ア・イ・ウ・エ・現Ⅱ・現Ⅰ)	完・未	
<input type="checkbox"/> 上位イ	<input type="checkbox"/> 高齢低Ⅱ	<input type="checkbox"/> 高齢現Ⅰ	<input type="checkbox"/> 限度・減額			
<input type="checkbox"/> 一般ウ	<input type="checkbox"/> 高齢低Ⅰ	<input type="checkbox"/> 減額認定のみ	<input type="checkbox"/> 減額			
<input type="checkbox"/> 一般エ	<input type="checkbox"/> 長期該当 (オ・低Ⅱ・減)			(オ・低Ⅱ・低Ⅰ)		