

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

令和 年 月 日

被保険者証記号番号	和38	一般・退職・退扶	
世帯主	住所		
	氏名	Ⓜ	男・女
	個人番号		
限度額適用 減額対象者	氏名	男・女	
	生年月日	昭和 年 月 日	世帯主との続柄
	個人番号		
適用区分	I・II (Iに該当する方は裏面にも記入してください)		
長期入院	該当・非該当		

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。

①	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日から	日間
		年 月 日から	
	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	年 月 日から	日間
		年 月 日から	
	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	年 月 日から	日間
		年 月 日から	
	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	年 月 日から	日間
		年 月 日から	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
⑤	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日から	日間
		年 月 日から	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

所得の状況

被保険者氏名				
個人番号				
平成 年中の 所得	公的年金 <small>(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)</small>	円	円	円
	給与 <small>(パート収入等含)</small>	円	円	円
	公的年金・給与収入以外の所得  ( ) 所得  <収入－必要経費>	円	円	円

(注)

- 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。  
低所得者 I の区分は、世帯主及び同じ世帯の被保険者全員が市町村民税非課税であって、それぞれの給与、年金等の収入から必要経費・控除額（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。
- 世帯主及び同じ世帯の被保険者全員について、それぞれの所得を公的年金・給与・その他の所得に分けてご記入ください。
- 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所得（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、給与源泉徴収票等の所得が確認できる書類を添付してください。  
なお、1 月 1 日において白浜町に住所がある方の公的年金・給与所得の場合については添付書類は不要です。