

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

被保険者証の記号・番号	志 木 ・										
減 額 対 象 者	氏 名										
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	世帯主 との続柄					
	個人番号										

※下記の入院欄は(1)住民税非課税世帯で、(2)過去1年の入院期間が91日以上の場合は、「該当」となりますので必要事項を記入して下さい。それ以外の場合は「非該当」となり、記入は不要です。

長期入院		<input type="checkbox"/> 該 当 ・ <input type="checkbox"/> 非 該 当
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

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

(宛先)志木市長

世帯主 (申請者)	住 所
	氏 名
	個人番号
	電話番号

※申請者が別世帯の場合、郵送となります。

確 認 欄	納 税	所 得 区 分	交 付
		ア・イ・ウ・エ・オ	作成渡 郵送

課 長	グループ リーダー	主 査	主 査	担 当