

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

松川町長 様

令和 年 月 日

申請者（世帯主）	窓口に来た方
住 所	※ 世帯主の場合、記入は不要です。
氏 名	氏 名
個人番号	世帯主との続柄
電 話	

下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。  
 なお、世帯主及び世帯員のうち国保加入者全員の課税の状況について、調査することに同意します。

被保険者証の記号番号	松川	1. 一般 2. 退職本人 3. 退職家族
限度額適用減額対象者	氏 名	世帯主との続柄
	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	個人番号	
長期入院（90日以上）	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）
	入院をした保険医療機関等	名 称	日 まで
		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）
	入院をした保険医療機関等	名 称	日 まで
		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）
	入院をした保険医療機関等	名 称	日 まで
		所 在 地	

\*\*\*\*\* 以下、町使用欄 \*\*\*\*\*

この申請書の内容審査により、下記のとおり処理してよろしいか伺います。

伺年月日	令和 年 月 日	課長	係長	係
決裁年月日	令和 年 月 日			
認定等年月日	令和 年 月 日			
交付番号	第 号			

処理区分	<input type="checkbox"/>	認定	□公簿（確認者氏名 印）	負担区分	滞納状況
			□その他（ ）		
	<input type="checkbox"/>	却下	□理由（ ）		

# 委任状

松川町長 様

令和 年 月 日

申請者 (委任をする人) 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
 電話 \_\_\_\_\_

私は、下記の者を代理人と定め、次の事項を委任します。

松川町国民健康保険の

2 限度額適用認定証及び標準負担額減額認定証の発行及び受領に関すること

代理人 (委任を受けた人) 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話 \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* 以下の欄は、記入不要です。 \*\*\*\*\*

来庁者の確認	<p><b>(1点確認)</b></p> <p>① <input type="checkbox"/> 個人番号カード</p> <p>② <input type="checkbox"/> 運転免許証・運転経歴証明書    <input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート)    <input type="checkbox"/> (        ) 手帳  <input type="checkbox"/> 在留カード    <input type="checkbox"/> 特別永住証明書</p> <p>③ <input type="checkbox"/> 官公署から発行・発給された写真付の証等 (        )  &lt;氏名、生年月日又は住所記載のもの&gt;</p> <p>【①・③の証の発行・登録番号等.....】</p>
	<p><b>(2点確認)</b></p> <p>④ ア <input type="checkbox"/> 被保険者証    <input type="checkbox"/> 年金手帳    <input type="checkbox"/> 児童手当・児童扶養手当証書  イ 官公署・個人番号利用事務実施者・個人番号利用事務関係者発行の書類等  &lt;氏名、生年月日又は住所記載のもの&gt;</p> <p><input type="checkbox"/> ..... 被保険者証    <input type="checkbox"/> 国保税納税通知書等    <input type="checkbox"/> ..... 証書 (手帳)  証・種類名等 (.....)</p> <p>【④の証・書類の発行・登録番号等.....】</p>
	<p>⑤ その他の書類等 (.....)</p>