

交付年月日 . . . . .  
 発効期間 . . . . .  
 有効期間 . . . . .  
 適用区分 アイウエオ I II  
 第三者行為 該当・非該当

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

被保険者証記号番号					
世帯主 (組合員)	住所				
	氏名	生年月日	年	月	日
	個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	年	月	日
	個人番号				
	世帯主(組合員)との続柄				
長期入院	該当 ・ 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			
	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			
	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			
	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(日数)	年 月 日から 年 月 日まで			
	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(日数)	年 月 日から 年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

年 月 日

市区町村長が 証明する欄	下記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(組合員)及びその世帯に属する被保険者に 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、
	上川町長 <span style="float: right;">㊟</span>

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

○70歳未満の方○

<h3 style="margin: 0;">同意書</h3> <p style="margin: 5px 0;">私は、限度額適用 標準負担額減額 限度額適用・標準負担額減額の認定申請のため、 年度の所得状況及び滞納状況の確認調査に同意します。</p> <p style="margin: 5px 0; text-align: center;">年      月      日</p> <p style="margin: 5px 0; text-align: right;">氏名</p>	
---	--

所得及び滞納の状況

<p style="text-align: center;">世帯の所得状況 (世帯区分)</p>	<p><input type="checkbox"/> 上位所得者世帯 (世帯被保険者の属する世帯に属する全ての被保険者について基準所得額を合算した額が901万円を超える)</p> <p><input type="checkbox"/> 上位所得者世帯 (世帯被保険者の属する世帯に属する全ての被保険者について基準所得額を合算した額が600万円を超え901万円以下)</p> <p><input type="checkbox"/> 課税一般世帯 (世帯被保険者の属する世帯に属する全ての被保険者について基準所得額を合算した額が210万円を超え600万円以下)</p> <p><input type="checkbox"/> 課税一般世帯 (世帯被保険者の属する世帯に属する全ての被保険者について基準所得額を合算した額が210万円以下)</p> <p><input type="checkbox"/> 非課税世帯 (世帯被保険者の属する世帯に属する全ての被保険者について町民税が課されない)</p>
<p style="text-align: center;">滞 納 の 状 況</p>	<p>・被保険者の属する世帯の世帯主について申請の日時点で国民健康保険税の滞納が、</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> ある</p> <p><input type="checkbox"/> あるが特別な事情による</p> <p style="margin-left: 20px;">① 世帯主がその財産につき災害を受け、又は盗難にかかったこと。</p> <p style="margin-left: 20px;">② 世帯主又はその者と生計を一にする親族が病気にかかり、又は負傷したこと。</p> <p style="margin-left: 20px;">③ 世帯主がその事業を廃止し、又は休止したこと。</p> <p style="margin-left: 20px;">④ 世帯主がその事業に著しい損失を受けたこと。</p> <p style="margin-left: 20px;">⑤ ①から④に類する事由があったこと</p> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">納税確認者</p>

○70歳以上の方○

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書の添付書類

所 得 の 状 況				
	被保険者氏名			
	生 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年中の収入	公 的 年 金	_____円	_____円	_____円
	給 与	_____円	_____円	_____円
	年金・給与以外の収入 ( _____ )収入	_____円	_____円	_____円
<p>(注)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・上記については、低所得者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下さい。低所得Ⅰの区分は、ご本人及び同じ世帯の方全員が、市町村民税非課税であって、ご本人及び同じ世帯の方それぞれの給与、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65万円)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。</li> <li>・ご本人及び同じ世帯の方全員について、それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。</li> <li>・収入額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、災害弔慰金等)は除きます。</li> <li>・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、公的年金及び給与収入額が確認できる書類を添付してください。ただし、1月1日において当町に住所がある方の公的年金及び給与収入の場合については添付書類不要です。</li> </ul> <p>なお、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明する書類が発行されていない収入については添付不要です。</p>				