

審査区分	<input type="checkbox"/> ア:上位該当	<input type="checkbox"/> イ:上位該当	<input type="checkbox"/> ウ:一般	国保税未申告あり 未申告者氏名	受付	
	<input type="checkbox"/> エ:一般	<input type="checkbox"/> オ:非課税	<input type="checkbox"/> 現役並みⅡ			
	<input type="checkbox"/> 現役並みⅠ	<input type="checkbox"/> Ⅱ	<input type="checkbox"/> Ⅰ			
高額療養費特例対象者 <input type="checkbox"/> 有						
納付状況	<input type="checkbox"/> 通常証 → <input type="checkbox"/> 納入済み		交付状況	未交付 ・ 後日郵送		
	<input type="checkbox"/> 未納あり( 期~)			窓口交付スミ	郵送スミ	
	<input type="checkbox"/> 短期証(期限: 月 日)		窓 口	<input type="checkbox"/> 保険証		
	備考			<input type="checkbox"/> 運転免許証( 本人 ・ 世帯主 )		
		郵 送	<input type="checkbox"/> その他( )			
			<input type="checkbox"/> 世帯主の住所			
		<input type="checkbox"/> 入院中の病院(①に記載)(〒 - )			長期認定のみ	

この申請に対して、世帯主あて、限度額適用・標準負担額減額認定証を交付してよいでしょうか。

**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

一般	退本	退扶
----	----	----

被保険者証 記号・番号	ながさき	番	個人番号	.....	★
認定を 受けようと する者	氏 名			続柄	★
	生年月日・性別	昭・平・令 年 月 日生		男・女	★
長 期 入 院	該 当 ・ 非 該 当 (前年度確認H30判定: 課税 ・ 非課税 )				
入院した病院等	①	申請日の前1年間の入院期間(日数)			
		平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日まで 日間			☆
		名 称			★
	②	所 在 地			
		申請日の前1年間の入院期間(日数)			
		平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日まで 日間			
上記のとおり申請します。	令和 年 月 日	※認定証発効年月日	平成・令和 年 月 日		
		※長期該当年月日	平成・令和 年 月 日		
		※認定証有効期限	平成・令和 年 月 日		
世帯主 住所		長崎市	町	番地	
氏 名					★
		(電話 - )			
(あて先)		長崎市長			

注意※印の欄は記入しないで下さい

(添付書類等) ・国民健康保険被保険者証 ・高齢受給者証(お持ちの方のみ)  
・長期認定の方 { 病院等に入院していた又はしている旨証明する書類  
国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証(お持ちの方のみ)

\* 高額療養費等特例対象者(所得基準): 33万円+(被保険者数+特定同一世帯所属者数)×50万円