様式第10号の1

事務局次長	係　長	係	支 部

国民健康保険　限度額適用･標準負担額減額　認定申請書

被保険者記号･番号				申 請 区 分	新規 ・ 再交付
限度額適用減額対象者	個人番号			性　別	男 ・ 女
	氏 名				
	生年月日	昭和･平成･令和　　年　　月　　日		組合員との続柄	
長 期 入 院		該当 ・ 非該当	高 齢 者	該当 ・ 非該当	

この欄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(日数)	令和　年　月　日～令和　年　月　日まで（　　日間）	
	入院をした保険医療機関	名 称	
		所在地	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和　年　月　日～令和　年　月　日まで（　　日間）	
	入院をした保険医療機関	名 称	
		所在地	

再交付の時に記入する欄	1.　破損の方 ： 破損した国民健康保険限度額適用･標準負担額減額認定証を添付してください。 2.　紛失の方 ： 紛失の事由を記載してください。 紛失の事由 〔　　〕 なお、紛失した国民健康保険限度額適用･標準負担額減額認定証を発見した場合には、速やかに返納してください。

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

住 所

組合員　氏 名

電 話

個人番号 □□□□ □□□□ □□□□

名古屋市食品国民健康保険組合理事長　様

本部受付印

処理欄	台帳記入 入力年月日	1. 国民健康保険限度額適用認定証 2. 国民健康保険限度額適用･標準負担額減額認定証 3. 国民健康保険標準負担額減額認定証	適用区分
	令和　年 月　日 入力済	新規　令和　年　月　日交付 (発効期日　令和　年　月　日) (長期該当日令和　年　月　日)	1. 所得901万円超　「ア」 2. 所得600万円超　「イ」 3. 所得210万円超　「ウ」 4. 所得210万円以下「エ」 5. 低所得の世帯　「オ」 6. 低所得　Ⅱ 7. 低所得　Ⅰ 8. 現役並み　Ⅲ 9. 現役並み　Ⅱ 10. 現役並み　Ⅰ

支部受付印

※　適用区分に用いる所得は、旧ただし書き所得にて所得額を算出します。