様式　第10号（新）

理事長	常務理事	事務長	係	決　裁　年　月　日	処理	入　力	照　合
				平成　　年　　月　　日			

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書

被保険者証の記号番号	―

適用・減額対象者	氏　名			性別	男・女
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	組合員との続柄		

長期入院	該　当・非該当	ここから下は長期該当の場合のみ、記入します。

①	申請日の前１年間の入院期間（日数）	平成　　年　　月　　日から 平成　　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）	平成　　年　　月　　日から 平成　　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）	平成　　年　　月　　日から 平成　　年　　月　　日まで		日間
	入院をした保険医療機関等	名　称		
		所在地		

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）町村税が課されないことを証明する。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

平成　　年　　月　　日

市（区）町村長名　　㊞

上記のとおり申請します。

平成　　年　　月　　日

住　所

組合員　氏　名　　㊞

ＴＥＬ　（　　）　　－

愛知建連国民健康保険組合理事長　殿

※　申請者は太枠の部分を記入してください。

適用区分の認定内容	
変更前 適用区分	**変更後** 適用区分
※変更前の適用区分は　　年　　月まで	
長期該当の認定内容	
※長期該当年月日　　年　　月　　日から	

本部受付欄	支部受付欄
本部受付印	支部受付印

注　意　事　項

１．この申請書は次によって作成してください。

（１）この申請は、次の方が該当します。

○　上位所得（適用区分Ａ）については、**申請の日時点で保険料の滞納がない組合員世帯**であって、組合員を含む当該世帯全員について基準所得額を合算した額が６００万円を超えるときの７０歳未満の当該被保険者（組合員を含む）。

○　一般（適用区分Ｂ）**申請の日時点で保険料の滞納がない組合員世帯**であって、組合員を含む当該世帯全員について基準所得額を合算した額が６００万円以下であるときの７０歳未満の当該被保険者（組合員を含む）。

○　低所得（適用区分Ｃ）については、**申請の日時点で保険料の滞納がない組合員世帯**であって、組合員を含む当該世帯全員について市町村民税が非課税または免除されているときの当該７０歳未満の被保険者（組合員を含む）。

○　低所得Ⅱ（適用区分Ⅱ）については、組合員を含む当該世帯全員について市町村民税が非課税または免除されているときの当該７０歳以上の被保険者（組合員を含む）。

○　低所得Ⅰ（適用区分Ⅰ）については、組合員を含む当該世帯全員について市町村民税が非課税または免除されているときであって、かつ、判定基準所得以下の世帯に属する当該７０歳以上の被保険者（組合員を含む）。

○　上記の要件に加えて、申請を行う月以前の１２ヶ月以内の入院日数が９１日目に至るときの当該被保険者（組合員を含む）。

（２）被保険者ごとに別葉で申請してください。認定証は、被保険者ごとに発行されます。

２．「長期入院」の欄は、上記１．（１）の最下段「申請を行う月以前の１２ヶ月以内の入院日数が９１日目に至るとき」に当てはまる場合は「該　当」を、そうでない場合には「非該当」を〇で囲んでください。

３．上記２で「長期該当」を〇で囲んだ方は、保険医療機関ごとに所定事項を①～③に記入してください。なお、入院期間については差額支給の対象である期間を記入するようにしてください。

４．「市区町村長が証明する欄」は、組合員を含む当該世帯全員について証明を受けるようにしてください。
もしくは､組合員を含む当該世帯全員についての非課税等証明書又は判定基準所得の算定に必要な書類を添付するようにしてください。

５．上記２で「長期該当」を〇で囲んだ方は、入院期間を確認できる書類（領収書等）を添付してください。

６．７０歳未満の方の限度額適用認定申請については、**申請の日時点で保険料の滞納がないことを支部長に証明**していただく必要があります。なお、保険料を納付できない特別な事情があるときは、別に申し出てください。また、限度額認定証を交付した後に、保険料の滞納があったときは、直ちに同証を返還していただくことになりますので、ご承知ください。

証　　明　　願

納付者　組合員氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

国民健康保険料について、滞納がないことを証明願います。

願いのとおり、国民健康保険料について、滞納がないことを証明します。

平成　　年　　月　　日

支部名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

支部長　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞