

課長	課長補佐	係長	担当(起案者)	課 員

様式第 1 1 号 (第 1 7 条、第 1 7 条の 2 及び第 1 7 条の 3 関係)

福井県国民健康保険

限度額適用 限度額適用・標準負担減額	}	認定申請書

被保険者証記号番号		井勝		—	
世帯主	住 所	勝山市			
	氏 名		生年月日	昭・平・令	年 月 日
	個人番号 (マイナンバー)				
限度額適用 減額対象者	氏 名		生年月日	昭・平・令	年 月 日
	個人番号 (マイナンバー)				
世帯主との続柄			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 日間 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 日間 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 日間 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

市長が証明	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及びその世帯に属する被保険者に____年度の市民税が課されないことを証明する。
す る 欄	勝山市長 印

備考 「市長が証明する欄」は、保険者が市であって、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。

滞納確認			課税区分			区分			【連絡先】※窓口に来られた方 (住 所) (氏 名) (電話番号) 受付印

※マイナンバーカードを保険証として利用していただければ限度額適用認定証の交付は不要です。