

被保険者証記号番号		香川46-					
世帯主	住所	東かがわ市				番地	
	氏名			生年月日	年	月	日 男・女
	個人番号						
限度額適用 減額対象者	氏名			生年月日	年	月	日 男・女
	個人番号						
	世帯主との続柄			電話番号			
	申請理由	交通事故・ひき逃げ・けんか・仕事上の怪我・その他 ※ 該当する項目に○印をつけてください。					

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

※認定証が必要な方と別の世帯の方が手続される場合は、こちらの欄に記入してください。

委任状

代理人 氏名 _____ (印) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
住所 _____

わたくしは、上記の者を代理人と定め、国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請に関する一切の権限を委任します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

委任者 氏名 _____ (印) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
住所 _____

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。 _____、_____、_____、_____ _____、_____、_____、_____ _____ 市区町村長名 _____ 印
-------------	--

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。

市処理欄	適用区分	「ア」所得901万円超	国保税の滞納	課長	GL	担当
		「イ」所得600万円～901万円以下 「ウ」所得210万円～600万円以下 「エ」所得210万円以下 「オ」住民税非課税世帯				