

射水市国民健康保険

- 限度額適用
- 標準負担額減額
- 限度額適用・標準負担額減額

交付申請書



被保険者証記号番号					
世帯主	住所	射水市			
	氏名				
	個人番号				
限度額適用 (減額)対象者	氏名			世帯主との続柄	
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	個人番号				
傷病原因		<input type="checkbox"/> 加害者のあるもの <input type="checkbox"/> それ以外			
長期入院		該当・非該当	適用年月日	年	月 日
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 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)	年 月 日から 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)	年 月 日から 年 月 日まで			日間
	入院をした 保険医療機関等	名称			
		所在地			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

射水市長あて

住 所 射水市 _____

世帯主 氏 名 _____

電話番号 () - _____

市 処 理 欄	一般		退・本		退・扶		発効期日	令和 年 月 日		
							交付年月日	令和 年 月 日		
	限度額適用					限度額適用・標準負担額減額			滞納 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 未納 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	区分ア	区分イ	区分ウ	区分エ	70歳以上		区分オ	70歳以上		
					現役Ⅰ	現役Ⅱ		低Ⅰ		低Ⅱ
	認定等		1 市民税非課税証明書 2 保護申請却下通知書 3 公簿等 4 却下(理由)							
	窓口に来た人		氏名					続柄		
		本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他(

(注意) 申請した人が家族以外の場合や本人確認ができない場合は、窓口交付ではなく自宅の住所へ郵送させていただきますのでご了承ください。

所得の状況

氏名				
平成 () 年中の所得	公的年金 (老齢基礎年金、老齢 厚生年金、退職共済年 金、退職年金等)	_____円	_____円	_____円
	給与 (パート収入等含む)	_____円	_____円	_____円
	年金・給与以外の所得 ()所得	_____円	_____円	_____円
	合計	_____円	_____円	_____円

(注)

○上記については、低所得Ⅰの区分の適用を受けることを希望する場合について記入してください。低所得Ⅰの区分は、世帯主及び被保険者全員が市民税非課税であって、世帯主及び被保険者それぞれの給与、年金等の収入から必要経費・控除額（年金については控除額 80 万円）を引いたとき各所得がいずれも 0 円となる場合対象となります。

○世帯主及び被保険者全員について、それぞれの所得額を公的年金・給与・その他の所得に分けてご記入ください。

○所得はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない所得（障害又は遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金など）は除きます。

○公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票等の所得が確認できる書類を添付してください。ただし、1 月 1 日において当市に住所がある方の公的年金所得の場合については、添付書類は不要です。また、所得額を確認できる書類がなく、かつ、所得額を証明する書類が発行されていない所得についても添付不要です。

市 処 理 欄	氏名	事由	判定後の 負担割合	区分Ⅰ	区分Ⅱ	一般	
			障害年金・遺族年金 その他 ()				
			障害年金・遺族年金 その他 ()	行政区			
			障害年金・遺族年金 その他 ()	世帯番号			
	備考欄						