令和５年度

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＞

認　定　申　請　書

証交付・証未交付（辞退理由　　）　　令和　　年　　月　　日

被保険者証記号番号		倉・	電話番号	ー　ー
世　帯　主	住　所	佐倉市	個人番号	
	氏　名		生年月日	T/S/H/R　年　月　日
認定対象者（交付を希望する者）	氏　名		生年月日	S/H/R　年　月　日
	世帯主（組合員）との続柄		個人番号	

申請日以前1年間の入院履歴					
①	入院期間（予定）	年　月　日から　年　月　日まで　日間			
	医療機関名称		長期入院	該　当・非該当	
	医療機関所在地		交通事故等の第三者行為	有　・　無	
②	入　院　期　間	年　月　日から　年　月　日まで　日間			
	医療機関名称				
	医療機関所在地				
③	入　院　期　間	年　月　日から　年　月　日まで　日間			
	医療機関名称				
	医療機関所在地				
④	入　院　期　間	年　月　日から　年　月　日まで　日間			
	医療機関名称				
	医療機関所在地				
⑤	入　院　期　間	年　月　日から　年　月　日まで　日間			
	医療機関名称				
	医療機関所在地				

※　②以降は、入・退院や転院がある場合のみ記入してください。

佐倉市長が証明する欄	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令和____年度の市民税が課税されないことを証明する。 ＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、 ＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、 佐倉市長　　西田　三十五　　印

備考　「佐倉市長が証明する欄」は、佐倉市の業務上の処理におい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。

（佐倉市長による証明・市民税非課税証明書・公　簿）にて確認済				担当者印	
負担区分	ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ	保険税滞納の有無	□あり　□なし		
個人番号確認	□　窓口確認　□　コピー確認(郵送)　□　職権確認			担当者印	

※国民健康保険税の滞納のある方は発行されません。入院の予定や履歴がない場合は①～⑥は記載不要です。