認印	理事長	専務理事	事務長	課長	係

交付日		入力
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ	□窓口交付

令和７年８月～令和８年７月　国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

この申請書は令和７年８月以降（※）に使用する証を作成します。
【入院・手術予定日　令和____年____月____日】

【R7.7/HP】

被保険者	記　号			番　号												
世帯主（組合員） **※氏名の横に捺印**	住　所															
	氏　名							印	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日						
減額対象者	氏　名								生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日						
	個人番号(ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ)															
	組合員との続柄								長期入院	該　当　・　非該当						
連絡先	―　　―								（連絡者氏名：　　） ※組合員本人の場合は連絡者氏名の記載は不要です							

【適用区分について】

☆基礎控除後の所得９０１万円超（ア）の場合　<u>＜添付書類不要＞</u>

令和７年度（令和６年１月～１２月）の各被保険者の所得から
基礎控除を差し引いた金額の合計が９０１万円を超える世帯に属する方です。

☆基礎控除後の所得９０１万円以下（イ）～（エ）の場合　<u>＜添付書類必要＞</u>

令和７年度（令和６年１月～１２月）の各被保険者の所得から
基礎控除を差し引いた金額の合計が９０１万円以下の世帯に属する方です。
<u>世帯全員分の令和７年度（令和６年１月～１２月）所得証明書を添付してください。</u>
<u>なお、所得がない方であっても、所得金額が「０円」と記載された証明書が必要になります。</u>

☆市町村民税非課税（オ）の場合　<u>＜添付書類もしくは下部証明必要＞</u>

令和７年度の市町村民税で世帯全員が非課税である世帯に属する方です。
<u>世帯全員の所得金額が記載された令和７年度非課税証明書を添付してください。</u>
なお、減額対象者が７０歳未満の場合、下に市町村長の証明があれば非課税証明書は不要です。

市区町村長が証明する欄 （非課税世帯の場合）	次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７年度の市（区）町村民税が課されないことを証明する。 ＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、 ＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、 令和　　年　　月　　日 市区町村長名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印