

青文字の部分をご記入、捺印ください。
A4サイズの内紙で印刷してください。

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	<input type="checkbox"/> 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
【入院・手術予定日 令和__年__月__日

申請日の前1年間に90日以上入院している場
合、「該当」を○で囲んでください。

被保険者	記号	9	9	番号	9	9	9	9	0	0	0	【印】
世帯主 (組合員) ※氏名の 横に捺印	住所	×××市×××〇丁目〇番〇号										
	氏名	歯科医師 太郎		医 歯 師 科	生年月日	昭・平・令40	年		20	日		
減額対象者	氏名	歯科医師 花子			生年月日	昭・平・令9	年		月	1	日	
	個人番号(マイナンバー)											
	組合員との続柄	子		長期入院	該	当	・	非	該	当		

※添付書類

- 次のいずれかの書類（組合員及び本組合に加入している世帯全員分）
 - 令和7年度市県民税（所得）証明書（所得・課税の記載があるもの）
 - 令和7年度市町村民税非課税証明書（所得の記載があるもの）
 - 令和7年度市町村民税・県民税納税通知書のコピー
（氏名・通知書年度・所得・課税が確認できる箇所）

※北九州市にお住まいの方で、役所にて上記書類を取られる場合は、
市県民税所得額（課税・非課税）証明書をお取りください。

ただし基礎控除後の所得901万円超（各被保険者の所得から基礎控除を差し引いた額が、901万円を超える世帯）の場合は必要ありません。

減額対象者が70歳未満の非課税世帯の場合は、申請書の下部『市町村が証明する欄』を利用されても結構です。

市区町村長が

この欄をご利用になるときは、市区町村にて証明をいただいでください。

(非課税世帯の場合)

令和 年 月 日

市区町村長名 _____ 印