

限度額適用
 国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号				
世帯主 (組合員)	住 所			
	氏 名	生 年 月 日		
	個人番号			
減額対象者	氏 名	生 年 月 日		
	個人番号			
	世帯主(組合員)との続柄		世帯主	適 用 区 分
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)		から 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)		から 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)		から まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所在地		
4	申請日の前1年間の入院期間(日数)		から まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所在地		
5	申請日の前1年間の入院期間(日数)		から まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所在地		

届出人 住 所 _____ 氏 名 _____ 続 柄 _____
 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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。