

--	--	--	--	--

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

被保険者証記号番号		建			
世帯主 (組合員)	住所				
	氏名	印	生年月日	年 月 日	男・女
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主(組合員)との続柄				
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)	平成 年 月 日から 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで				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)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで				日間
	入院をした保険医療機関等	名称				
所在地						

市町村長が 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____年度の市町村民税が課されないことを証明する。 _____、_____ _____、_____
	市町村長名 _____ 印

備考 「市町村長が証明する欄」は、保険者が市町村であって、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。

所属組合 の確認	組合名及び組合長氏名	処理年月日
	印	年 月 日