

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		み加一				年 月 日	
世帯主 (組合員)	住所						
	氏名			電話番号			
	個人番号						
限度額適用 減額対象者	氏名			生年月日	年 月 日		男・女
	個人番号				世帯主 (組合員) との続柄		

※申請者が世帯主もしくは対象者本人と異なる場合、ご記入ください。

申請者	住所	<input type="checkbox"/> 同上					
	氏名				世帯主 (組合員) との続柄		
	個人番号						
	電話番号						

適用区分	確認	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)	年 月 日から	日間	
		年 月 日まで		
	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)	年 月 日から	日間	
		年 月 日まで		
	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)	年 月 日から	日間	
		年 月 日まで		
	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平成 年度の市 (区) 町村民税が課税されないことを証明する。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 <div style="text-align: right;">市区町村長名 印</div>
----------------	---

備考 「市区町村長が証明する欄」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。