

**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。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 <p style="text-align: right;">市区町村長名 印</p>
----------------	--

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場合は、省略できる。