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

被保険者記号番号			電話番号		
世帯主	住所				
	氏名	印	生年月日		男・女
			個人番号		
減額対象者	氏名		生年月日		男・女
	世帯主との続柄		個人番号		
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	
⑤	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てい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。