

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		-	電話番号		
世帯主	住所	佐久市			
	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)		年 月 日から	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)		年 月 日から	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)		年 月 日から	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)		年 月 日から	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)		年 月 日から	年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等		名称		
			所在地		

年 月 日

市区町村長が証明する欄	<p style="text-align: center;"> 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 </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ときは、省略できる。