

国民健康保険 限度額適用 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	-			
世帯主 (組合員)	住所			
	氏名	印	生年月日	年 月 日
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	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)		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	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。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 <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。