

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						
世帯主 (組合員)	住所					
	氏名	印	生年月日	昭・平	年	月 日
限度額適用	氏名		生年月日	昭・平	年	月 日
減額対象者	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)	平成 年 月 日から		日間		
		平成 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)	平成 年 月 日から		日間		
		平成 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)	平成 年 月 日から		日間		
		平成 年 月 日まで				
	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		日間		
		平成 年 月 日まで				
	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		日間		
		平成 年 月 日まで				
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				

平成 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)町村民税が課されてい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、当該事業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。