

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 | 年 月 日 | 男・女 |
| | 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 |
| | 世帯主(組合員)との続柄 | | 個人番号 | | |
| 長期入院 | 該当・非該当 | 交通事故等の第三者行為 | 有・無 | | |
| 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>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。</p> <p>_____、_____、_____、</p> <p>_____、_____、_____、</p> <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には、省略できる。