

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

限度額適用

被保険者記号番号					
世帯主 (組合員)	住 所				
	氏 名		生年月日	年 月 日	
	個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏 名		生年月日	年 月 日	
	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	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