

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号		記号			番号		
世帯主 (組合員)	住所						
	氏名			印	生年月日	年	月 日
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					(電話番号)	
長期入院	該当・非該当	世帯主 個人番号				対象者 個人番号	
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				

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。</p>	印
-----------------	--	---

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。