

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	年 月 日から 年 月 日まで			日間	
	入院をした	ここに記入願います。(記号は「四国」です) 「世帯主」欄は国保世帯主 「限度額適用減額対象者」は証を発行したい人 で記入願います。				
②	申請日の前1年	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	下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。
	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。