

国民健康保険 限度額適用 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・令	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	昭・平・令	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)	令和 年 月 日から			令和 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)	令和 年 月 日から			令和 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)	令和 年 月 日から			令和 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)	令和 年 月 日から			令和 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)	令和 年 月 日から			令和 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。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 <div style="text-align: right;">市区町村長名 印</div>
-----------------	--

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。

※処理欄

番号確認	: 番号力・通知力・住民票・他()
身分確認	: (1点)番号力・免・旅券・他()
	: (2点)通知力・保・他()