

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		長万部		適用区分		ア・イ・ウ・エ・オ	
世帯主	住所	長万部町字					
	氏名		Ⓔ	生年月日	昭・平	年	月 日 男・女
限度額適用 減額対象者	氏名			生年月日	昭・平・令	年	月 日 男・女
	世帯主との続柄				区分	一般・退職本人・退職扶養	
長期入院	該当 ・ 非該当						
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和		年	月	日 から 日間
			令和		年	月	日 まで
	入院した保険医療機関		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 日間
			令和		年	月	日 まで
	入院した保険医療機関		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 日間
			令和		年	月	日 まで
	入院した保険医療機関		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 日間
			令和		年	月	日 まで
	入院した保険医療機関		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 日間
			令和		年	月	日 まで
	入院した保険医療機関		名 称				
			所在地				

令和 年 月 日

市 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が属する世帯の世帯主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 Ⓔ	

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。