

限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額
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							
世帯主 (組合員)	住 所						
	氏 名				印	生年月日	
	個人番号						
限度額適用 減額対象者	氏 名				生年月日		
	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	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	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	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	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	<p style="text-align: center;">上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> <p style="text-align: center;"> 市区町村長名 _____ 印 </p>
-----------------	--

「市長証明欄」は、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、公簿確認の場合には、下記に記載のこと。

公簿 確認	確認者印	確 認 日
		年 月 日

減額 認定 の可 否等	認定の可否	長期該当・非該当の有無
	可 ・ 否	該当 ・ 非該当
	決 定 日	年 月 日