

標準負担額減額
国民健康保険 限度額適用 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	住所						
	氏名	生年月日	年	月	日	性別	
		個人番号					
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	年	月	日	性別	
	世帯主との続柄	個人番号					
長期入院	該当 ・ 非該当		電話番号	()			
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		年	月	日から	日間	
			年	月	日まで		
	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	
			年	月	日まで		
	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	
			年	月	日まで		
	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	
			年	月	日まで		
	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	日間	
			年	月	日まで		
	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>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> <p>_____、 _____、 _____、</p> <p>_____、 _____、 _____、</p> <p style="text-align: right;">市区町村長名 印</p>
-------------	---

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。