

標準負担額減額
 国民健康保険 限度額適用
 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

記入例

被保険者証記号番号		中5 1234567					
世帯主	住所	蕨市中央5丁目14番15号					
	氏名	蕨 太郎	生年月日	00年00月00日	性別	男	
限度額適用 減額対象者	氏名	蕨 一郎	生年月日	00年00月00日	性別	男	
	世帯主との続柄	長男	個人番号				
長期入院	該当 ・ 非該当		電話番号	048 (432) 3200			
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 style="text-align: center;">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 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場合は、省略できる。