

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

ご記入をお願いします

被保険者証	記号		番号	
組 合 員	住所			
	氏名	(印)	生年月日	年 月 日 男・女
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日 男・女
	世帯主(組合員)との続柄			
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)	平成 年 月 日から	平成 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)	平成 年 月 日から	平成 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)	平成 年 月 日から	平成 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)	平成 年 月 日から	平成 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)	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所在地		

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 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 氏名 (印)</div>
--------------------------	--

※世帯主(組合員)及びその世帯に属する被保険者の「市(区)町村民税非課税証明書」の添付がある場合、または、すでに当組合へ提出済みの場合は、上記欄の証明は不要です。