

限 度 額 適 用
国民健康保険 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		記号		番号	
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
適用対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄				
長期入院	該当・非該当	世帯主個人番号			対象者個人番号
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から	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)		年 月 日から	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)		年 月 日から	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)		年 月 日から	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)		年 月 日から	年 月 日まで 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	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及びその世帯に属する被保険者に 年度の市町村民税が課されていないことを証明する。 <p style="text-align: right;">大江町長 印</p>
-------------	---

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市町村であって、当該事実を公簿などによって確認できるときは省略できる。