

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								
被保険者記号番号								
世帯主 (組合員)	住所							
	氏名	印	生年月日	昭・平	年	月	日	男・女
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭・平	年	月	日	男・女
	世帯主(組合員)との続柄							
長期入院	該当・非該当							
	申請の前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					
	申請の前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					
	申請の前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					
	申請の前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					
			平成 年 月 日					
市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に__年度の市(区)町村民税が課せられないことを証明する。 _____、_____、_____、 _____、_____、_____、 市区町村町名 印						
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。								

伺 適法と認められますので、処理してよろしいか伺います。平成 年 月 日						
決 裁	村長	助役	課長	グループ長	担当	課員
	平成 年 月 日					