

課長	課長補佐	係長	係員

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

被保険者証記号番号		TEL	
世帯主	住所	個人番号	
	氏名	生年月日	S・H・R 年 月 日 男・女
減額対象者	氏名	個人番号	
	続柄	生年月日	S・H・R 年 月 日 男・女
長期入院	該当・非該当	傷病原因	加害者のあるもの ・ その他
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。		入院日数合計 (日間)	
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	
		住所	
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	
		住所	
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	
		住所	

㊦

令和 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及びその世帯に属する被保険者に本年度の市町村民税が課されないことを証明する。	
	_____, _____, _____,	
	_____, _____, _____,	
	市町村長名 ㊦	

備考 「市町村長が証明する欄」は、保険者が市町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。