

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

届出 年 月 日

被保険者証記号番号		世帯主個人番号 (マイナンバー)			
世帯主	住所				
	氏名	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・令	年 月 日	男・女
	対象者個人番号 (マイナンバー)	世帯主との続柄			
長期入院	該当・非該当	第三者行為	該当・非該当		
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			
	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			
	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			
	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			
	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			
	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(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。 <div style="text-align: right;">市区町村長名 印</div>
-----------------	---

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。

課長	リーダー	担当者