

--	--	--	--	--

**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		建	—	年度		年度
世帯主 (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	日間
		平成	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)	平成	年	月	日から	日間
		平成	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)	平成	年	月	日から	日間
		平成	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)	平成	年	月	日から	日間
		平成	年	月	日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				

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____年度の市町村民税が課されないことを証明する。 _____、_____、_____ _____、_____、_____
	市町村長名 印

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。

所属組合 の確認	組合名及び組合長氏名	処理年月日
	印	年 月 日