

**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**

この中をわかる範囲で記入してください

被保険者証番号					
世帯主 (組合員)	住	ハンコを押してください。			
	氏名	印	生年月日	昭・平 年 月 日	男・女
限度額適用	氏名		生年月日	昭・平 年 月 日	男・女
減額対象者	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	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	
②	申請日の前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	
③	申請日の前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	
④	申請日の前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	
⑤	申請日の前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

市区長村長が証明する欄	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。 _____ _____ <p style="text-align: right;">市区長村長名 印</p>
-------------	--

備考 「市区長村長が証明する欄」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。