

国民健康保険 **限度額適用**
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		芸			
世帯主 (組合員)	住所				
	氏名	印	生年月日	年	月 日
	個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	年	月 日
	個人番号				
	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)	年 月 日から 日間 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 日間 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 日間 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 日間 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 日間 年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

市区町村が 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

見本

※郵送による申請の場合は、404円分の切手を必ず同封してください。

限度額適用認定証の送料(簡易書留)はご負担していただくことになります。

この部分のみ記入して下さい。

事業主(組合員)名を記入して下さい

限度額適用
標準負担率
限度額適用・標準負担率減額認定証

捺印をお願いします。

被保険者証記号番号					
世帯主 (組合員)	住所				
	氏名	印	生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	年 月 日	男・女	
	個人番号				
	世帯主(組合員)との続柄				
長期入院	該当・非該当				
①	入院される方の名前を記入して下さい	年 年			
		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	日間		
		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	日間		
		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	日間		
		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	日間		
		年 月 日まで			
入院をした保険医療機関等	名称				
	所在地				

入院される方が組合員(事業主)の場合は「本人」と記入して下さい

入院される方が組合員(事業主)の場合は「本人」と記入して下さい

市区町村が証明する欄

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

_____, _____, _____,
_____, _____, _____,
市区町村名 _____ 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