

--	--	--	--	--

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 一		年度	年度
組 合 員	住 所				
	氏 名	印		生年月日	昭・平 年 月 日
	マイナンバー				男・女
減額対象者	氏 名			生年月日	昭・平 年 月 日
	組合員との続柄				男・女
	マイナンバー			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 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)		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		
			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		日間
	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。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 <div style="text-align: right;">市町村長名 印</div>				

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。

処理年月日 年 月 日

組合名及び理事(組合長)氏名	身元確認者	㊟	確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード (組合員 ・ 他) <input type="checkbox"/> 運転免許証 (組合員 ・ 他) <input type="checkbox"/> その他 ()
		㊟		届出人