

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		島 3 1 -						
世帯主 (組合員)	住所	下郷町						
	氏名	印(※)	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	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		
	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		
	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		
	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		
	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	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。 _____、_____、_____ _____、_____、_____ <p style="text-align: right;">下郷町長 印</p>
-----------------	---

備考1 「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場合は、省略できる。

備考2 (※)欄について、自筆による署名の場合は押印が省略できます。

市 町 村	発 行 (却 下) 年 月 日	年 月 日
処 理 欄	有 効 期 限 年 月 日	年 月 日