

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	羽	区分	ア・イ・ウ・エ・オ・現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ			
世帯主	住所					
	氏名	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					
	世帯主との続柄					

長期入院 ※長期入院とは過去1年間で90日以上入院した場合		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
④	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
⑤	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

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及びその世帯に属する被保険者に、平成 年度の市（区）町村民税が課されないことを証明する。 _____、_____、_____、 _____、_____、_____、 市（区）町村民長名 ㊟
-----------------	---

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、当該事実を公募等によって確認することができる場合は、省略できる。

保 險 者 処 理 欄	認 定 等	イ 市町村民税非課税証明書・保護申請却下通知書 ロ その他（公簿、領収書、その他） ハ 却下（理由）	受理番号（第 号） 交付番号（第 号） 認定 年 月 日
	差額支給	有 ・ 無	標準負担額差額支給台帳発行番号（第 号）