

申請書の太線の枠の中を記入してください

国民健康保険 限度額適用 認定申請書 (69歳まで)  
 標準負担額減額  
 限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号							<b>年 8 月～更新分</b>	
世帯主	住所							
	氏名	生年月日 個人番号	大・昭・平	年	月	日	男・女	
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日 個人番号	昭・平・令	年	月	日	男・女	
	世帯主（組合員）との続柄			電話番号	—			
長期入院	該当・非該当	所得区分	上位ア・イ一般ウ・エ非課税オ		納税状況	完・未		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		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)		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)		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)		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)		年	月	日から	日間		
	入院をした保険医療機関等		名称					
			所在地					
第三者行為の有無		有 ・ 無						

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。 _____、_____、_____、 _____、_____、_____、 _____市区町村長名 _____ 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。