

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（ア・イ・ウ・エまたは一般・現役Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）
 国民健康保険 標準負担額減額 認定申請
 限度額適用・標準負担減額（オまたは低Ⅰ・Ⅱ）

聖籠町長 様

_____年 ____月 ____日

下記のとおり申請します。

また、本申請に伴い、当該世帯に属する世帯員の課税状況を公簿で確認することを承諾します。

年 度	年度	被保険者証記号番号	記号	聖籠	番号					
申請者	氏 名	印	電 話 番 号		()					
	住 所									
世帯主 <small>※申請者と同じ 場合は記入不要</small>	氏 名			生年月日	年 月 日					
	住 所									
限度額適用・ 減額対象者 (入院者)	氏 名			生年月日	年 月 日					
	個人番号									
	世帯主との続柄				第三者行為（交通事故等）の有無				有・無	
長期入院（90日以上）該当の有無				有・無						
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 _____ 年度の市（区）町村民税が課されていないことを証明する。 _____ _____ <div style="text-align: right;">市区町村長 _____</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場合は省略できる。

担当者確認 _____ 印