

供 高 覧	課 長	課 員	担当者

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

被保険者証番号		0000△△△	申請年月日		令和 ○年 ○月 ○日
世帯主	住所	大湍村字 中央○ 丁目 ○番地 ○			
	氏名	大湍 太郎 印	生年月日	昭平○年 ○月 ○日	男○女
	個人番号				
限度額適用 減額対象者 (病院にかかる方)	氏名	大湍 花子	生年月日	昭平○年 ○月 ○日	男○女
	個人番号				
	世帯主との続柄		子		
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 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間		
	入院をした保険医療機関等	名 称 所在地			

市区長村長が 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 年度の村民税が課されな いことを証明する。 _____ _____ <p style="text-align: right;">大湍村長 印</p>
-----------------	--

備考 「市区長村長が証明する欄」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。