

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		申請年月日		令和	年	月	日
世 帯 主	住 所	大湍村字 丁目 番地					
	氏 名	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		生年月日	昭・平	年	月	日 男・女
	個人番号						
	世帯主との続柄						
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	平成	年	月	日まで		
		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	平成	年	月	日まで		
		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	平成	年	月	日まで		
		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	平成	年	月	日まで		
		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	平成	年	月	日まで		
		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。 _____ _____ <div style="text-align: right;">大湍村長 印</div>
-----------------	--

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。