

# 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

|                  |                         |             |                       |             |       |
|------------------|-------------------------|-------------|-----------------------|-------------|-------|
| 被保険者証記号番号        |                         | 記 号         |                       | 番 号         |       |
| 世 帯 主<br>(組 合 員) | 住 所                     |             |                       |             |       |
|                  | 氏 名                     |             | 印                     | 生年月日        | 年 月 日 |
| 限度額適用<br>減額対象者   | 氏 名                     |             |                       | 生年月日        | 年 月 日 |
|                  | 世帯主（組合員）との続柄            |             |                       |             |       |
| 長 期 入 院          | 該 当 ・ 非 該 当             | 世帯主<br>個人番号 |                       | 対象者<br>個人番号 |       |
| ①                | 申請日の前1年間の入院期間（日数）       |             | 年 月 日から<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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。 |
|                     | 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。