

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

被保険者証記号番号					
世帯主 (組合員)	住所	石川県羽咋郡宝達志水町			
	氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	
	個人番号		性別	男 ・ 女	
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	個人番号		性別	男 ・ 女	
	世帯主との続柄				
長期入院	該当・非該当	第三者行為	有 ・ 無		
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		

令和 年 月 日

市区町村長が 証明する欄	<p> 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。 </p> <p> _____、_____、_____、 _____、_____、_____、 市区町村長名 _____ 印 </p>
-----------------	--

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市町村であって、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。