

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(等)記号・番号				
世帯主	住 所	養老町		
	氏 名		生年月日	年 月 日
限度額適用 減額対象者	氏 名		生年月日	年 月 日
	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)	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		
④	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		
⑤	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		

年 月 日

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(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。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 <div style="text-align: right;">市区町村長名 <span style="float: right;">(印)</span></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ときは、省略できる。