

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 | 住 所 | 養老町 | | | |
| | 氏 名 | ㊟ | 生年月日 | 年 月 日 | 男・女 |
| 限度額適用 減額対象者 | 氏 名 | | 生年月日 | 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) | 年 月 日から 日間 年 月 日まで | | | |
| | 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 年 月 日まで | | | |
| | 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 年 月 日まで | | | |
| | 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 年 月 日まで | | | |
| | 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 年 月 日まで | | | |
| | 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 | <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>_____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、</p> <p style="text-align: right;">市区町村長名 ㊟</p> |
|-----------------|--|

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。