

国民健康保険 限度額適用 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		89-		令和 年 月 日	
世帯主 (組合員)	住 所				
	氏 名		生年月日	昭和 年 月 日	男・女
	個人番号				
減 額 対象者	氏 名		生年月日	昭和 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 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			

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 令和 年度の市区町村民税が課されていないことを証明する。 </p> <p style="text-align: right;"> 千葉県長生郡長南町長 平野 貞夫 </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。

※ 税務課の台帳を閲覧することに同意致します。 世帯主 氏名 (印)