

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	月	適用区分	受付番号
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	世帯主との続柄	電話番号	() -
	性別	男・女	個人番号
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	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者(世帯主) 住所: _____

氏名: _____ (印)

電話番号: () - _____

個人番号: _____

月形町長 様

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。 _____、 _____、 _____、 市区町村長名 (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出来る時は省略出来る。