

(様式)

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		医 師 組				
個 人 番 号						
世 帯 主	住 所					
	氏 名				印	
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	
限度額適用 減額対象者	氏 名					
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	男 ・ 女
	世帯主(組合員)との続柄					
長期入院	該当 非該当					
①	該当期間・該当予定期間(日数)		年	月	日から	日間
			年	月	日まで	
	保険医療機関等		名 称			
		所在地				
②	該当期間・該当予定期間(日数)		年	月	日から	日間
			年	月	日まで	
	保険医療機関等		名 称			
		所在地				
③	該当期間・該当予定期間(日数)		年	月	日から	日間
			年	月	日まで	
	保険医療機関等		名 称			
		所在地				
④	該当期間・該当予定期間(日数)		年	月	日から	日間
			年	月	日まで	
	保険医療機関等		名 称			
		所在地				
⑤	該当期間・該当予定期間(日数)		年	月	日から	日間
			年	月	日まで	
	保険医療機関等		名 称			
		所在地				

市町村長が 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 年度の市町村 村民税が課されていないことを証明する				

		市長村長名			印