

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									
世帯主	住 所								
	氏 名			生年月日	年	月	日	性	
限度額適用 減額対象者	氏 名			生年月日	年	月	日	性	
	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		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		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		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		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		名 称						
		所在地							

年 月 日

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及びその世帯に属する被保険者に
	年度の町民税が課されないことを証明する。
	、 、 、 、
	三股町長
	印