

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	市川町						
	氏名	印	生年月日	S・H	年	月	日	男・女
限度額適用	氏名		生年月日	S・H	年	月	日	男・女
減額対象者	世帯主との続柄		マイナンバー					
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）		平成	年	月	日から		
			平成	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）		平成	年	月	日から		
			平成	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）		平成	年	月	日から		
			平成	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）		平成	年	月	日から		
			平成	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）		平成	年	月	日から		
			平成	年	月	日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等		名称					
			所在地					

平成 年 月 日

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。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 <div style="text-align: right;">市区町村長名 印</div>
-------------	---

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。