
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	建　　－	年度	年度

組合員	住　所				
	氏　名	印	生年月日	昭・平　年　月　日	男・女
	マイナンバー				
減額対象者	氏　名		生年月日	昭・平　年　月　日	男・女
	組合員との続柄				
	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）	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	

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____年度の市町村民税が課されないことを証明する。 ＿＿＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿＿＿、 ＿＿＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿＿＿、 市町村長名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

備考　「市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。

処理年月日　　年　　月　　日

組合名及び理事（組合長）氏名	身元確認者	㊞	確認書類	□個人番号カード（　組合員　・他　）
㊞				□運転免許証　（　組合員　・　他　）
				□その他（　　）
	届出人		□組合員　□代理（　　）	