

国民健康保険 標準負担額
限度額適用標準負担額 減額認定申請書

被保険者証記号番号		田 国			
世 帯 主	住 所	(電話番号 —)			
	氏 名	印	生年月日	年 月 日	男・女
減額対象者	氏 名		生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄		個人番号		
入院(治療)は第三者行為によるものですか					はい ・ いいえ
長期入院	該当 ・ 非該当				

過去1年以内に90日以上入院されている場合は、該当に○をつけ、入院時の領収書を添付してください。

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年 月 日から	日間
				年 月 日まで	
	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	日間
				年 月 日まで	
	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	日間
				年 月 日まで	
	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)			年 月 日から	日間
				年 月 日まで	
	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)			年 月 日から	日間
				年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			

年 月 日

町長が証明する欄	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。 _____ _____ <div style="text-align: right;">田尻町長 _____ 印</div>
----------	---

備考 「町長が証明する欄」は、保険者が町であって、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。