

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証 記号・番号	も	資格区分	一般	退職者等																
世帯主	住所																			
	個人番号																			
	氏名												生年月日	昭平令	年	月	日	男・女		
対象者	個人番号																			
	氏名												生年月日	昭平令	年	月	日	男・女		
	世帯主との続柄												長期入院	該当・非該当						

ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。

入院日数合計(日間)

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)												年	月	日から	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称												年	月	日まで	日間
		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	
	入院をした保険医療機関等	名称												年	月	日まで	日間
		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	
	入院をした保険医療機関等	名称												年	月	日まで	日間
		所在地															
適用区分	1 現役並Ⅱ (国民健康保険法施行令第29条の3第4項第3号該当) 2 現役並Ⅰ (同第4号該当) 3 低所得Ⅱ (第5号該当) 4 低所得Ⅰ (第6号該当)																

令和 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被保険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)町村民税が課されていないことを証明する。 _____、 _____、 _____、 市(区)町村長名 _____ 印
-------------------	---

備考 「市(区)町村長が証明する欄」は、保険者が市(区)町村であつて、当該事実を公簿等により確認することができるときは省略できる。

交付年月日	年 月 日	発行期日	年 月 日
	窓口交付・郵送	長期該当	年 月 日
		有効期限	年 月 日

受付印
