

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

被保険者記号番号		徳 国 保				
世帯主 (組合員)	住所	鹿児島県大島郡徳之島町				
	氏名		生年月日		男・女	
	個人番号					
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日		男・女	
	個人番号					
	世帯主(組合員)との続柄		第三者行為の有・無		有・無	
長期入院	該当・非該当	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ			
①	申請日の前一年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	令和	年	月	日まで
		所在地				
②	申請日の前一年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	令和	年	月	日まで
		所在地				
③	申請日の前一年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	令和	年	月	日まで
		所在地				

令和 年 月 日

市区町村長が 証明する欄	<p>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(区)町村民税が課されないことを証明する。</p> <p>※保険者が、市町村長であって、当該事実を公簿によって確認することができるときは、省略できる。</p> <p style="text-align: right;">市区町村長名 _____ 印 _____</p>
-----------------	---

課 長	課長補佐	主 幹	係	受 付	保険税照合
					完 納 未 納