

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						第 _____ 号
世帯主 (組合員)	住 所	三重県尾鷲市				
	氏 名	印	生年月日		男・女	
限度額適用 減額対象者	氏 名		生年月日		男・女	
	世帯主(組合員)との続柄				適 用 区 分	
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)			から	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)			から	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)			から	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)			から	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)			から	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	<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>_____、_____、_____、          _____、_____、_____、</p> <p style="text-align: right;">市区町村長名 _____ 印</p>
-----------------	--

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。