

**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**

受付No. \_\_\_\_\_

※太枠の部分のみ記入してください。

被保険者証記号番号	東国	個人番号			
世帯主	住所	東村字			
	氏名	印	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日 男・女
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日 男・女
	世帯主との続柄	※代理申請の場合 代理人の氏名 _____			
長期入院	該当・非該当	対象者との関係 _____ 連絡先電話番号 _____			

今回の入院期間を記入してください。

①	入院期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間				
	医療機関等	名称				
		所在地				
傷病の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為によるもの <input type="checkbox"/> その他					

申請日の前1年間の入院期間（①を除く）

②	入院期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間				
	医療機関等	名称				
所在地						
③	入院期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間				
	医療機関等	名称				
所在地						

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。 _____、_____、_____ _____、_____、_____ 令和 年 月 日 市区町村長名 <span style="float: right;">印</span>
-------------	---