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

被保険者証記号番号	基				
世帯主	住所				
	氏名	印	生年月日	年　月　日	男・女
	個人番号		電話番号		
限度額適用減額対象者	氏名		生年月日	年　月　日	男・女
	世帯主との続柄		個人番号		
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為	有　・　無		

1	申請日の前１年間の入院期間（日数）	年　月　日 年　月　日	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）	年　月　日 年　月　日	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）	年　月　日 年　月　日	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）	年　月　日 年　月　日	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）	年　月　日 年　月　日	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

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者の属する世帯主（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。 ＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿ 基山町長　　印