

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

大木町長 殿

年 月 日

被保険者証記号番号		.						
世帯主	住所							
	氏名	印		生年月日	年	月	日	男・女
	個人番号							
減額対象者	氏名			生年月日	年	月	日	男・女
	個人番号							
	世帯主との続柄		第三者行為(有・無)					
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)	平・令	年	月	日から			日間
	入院をした保険医療機関等	平・令	年	月	日まで			
		名称						
		所在地						
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平・令	年	月	日から			日間
	入院をした保険医療機関等	平・令	年	月	日まで			
		名称						
		所在地						
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平・令	年	月	日から			日間
	入院をした保険医療機関等	平・令	年	月	日まで			
		名称						
		所在地						
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平・令	年	月	日から			日間
	入院をした保険医療機関等	平・令	年	月	日まで			
		名称						
		所在地						
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平・令	年	月	日から			日間
	入院をした保険医療機関等	平・令	年	月	日まで			
		名称						
		所在地						

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;">大木町長 印</p>
-------------	---