

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		井勝			
世帯主 (組合員)	住所				
	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号 (マイナンバー)				
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号 (マイナンバー)				
世帯主 (組合員) との続柄			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)	年 月 日から 年 月 日まで		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)	年 月 日から 年 月 日まで		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)	年 月 日から 年 月 日まで		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)	年 月 日から 年 月 日まで		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)	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

年 月 日

市長が証明 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 _____ 年度の市民税が課されないことを証明する。 _____ ; _____ ; _____ ; _____ ; _____ ; _____ ; <div style="text-align: right;">勝山市長 印</div>
--------------	--

備考 「市長が証明する欄」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。

滞納確認	一般・退職	課税区分	区分	【連絡先】 住所 氏名 TEL	受付印
------	-------	------	----	--------------------------	-----