

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

世帯主の方の住所、氏名、生年月日、性別をお願いします。

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
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	年 月 日	男 女
	世帯主(組合員)との続柄			
長期入院	該当・非該当	入院されている(される)方の住所、氏名、生年月日、性別をお願いします。		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称	入院されている(される)病院の名称をお願いします。	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称		
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称		
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称		
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称		

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。 _____、_____ _____、_____ 勝山市長 印
----------	--

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 電話番号	受付印
------	-------	------	----	---------------------------	-----

連絡のつく方の、住所、氏名、電話番号をお願いします。  
 (家族、親せき、友人、ご近所等の方)