

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者の記号番号		記 号			番 号		
世 帯 主	住 所						
	氏 名				生年月日	年 月 日	
限度額適用 減額対象者	氏 名				生年月日	年 月 日	
	世帯主との続柄						
長 期 入 院	該 当 ・ 非 該 当	世帯主 個人番号(12桁)				対象者 個人番号(12桁)	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和 年 月 日から 令和 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)		令和 年 月 日から 令和 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)		令和 年 月 日から 令和 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)		令和 年 月 日から 令和 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)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日 間		
	入 院 を し た 保 険 医 療 機 関 等		名 称				
			所在地				

令和 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の世帯主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。
	神奈川県中郡大磯町長殿

備考 「市区町村長が証明する欄」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。