

**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

※太枠内を記入してください。

被保険者証記号番号		島10-○○○○○○○		個人番号		○○○○○○○○○○○○○○	
世帯主	住所	相馬市○○字○○○○番地					
	氏名	相馬太郎	生年月日	○○年○○月○○日	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女		
限度額適用 減額対象者	氏名	相馬太郎	生年月日	○○年○○月○○日	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女		
	世帯主との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> （ ）					
日中ご連絡が とれる電話番号	○○-○○○○						
長期入院	※過去1年以内に90日を超えて入院している場合は該当にマルを囲んでください。 過去1年以内に90日を超えて入院していない場合は非該当にマルを囲んでください。 該当 ・ <input checked="" type="radio"/> 非該当						
医療機関から多数該当の問合せがあった場合に保険者が回答すること				<input checked="" type="radio"/> 同意する ・ <input type="radio"/> 同意しない			

1	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日～ 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～ 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～ 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～ 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。
	市区町村長名 印

備考「市区町村長が証明する欄」は保険者が市区町村であり、当該事実を公簿等によって確認することができる際には省略できる。

市処理欄	国保税滞納状況（過年度のみ）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 特別な事情添付
	交付状況	手渡し 郵送（自宅・病院・その他（ ））