

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

被保険者証の記号		鶴	被保険者証の番号						
世帯主 (組合員)	住所								
	氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			男・女		
	個人番号								
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			男・女		
	個人番号								
			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	日間
	入院をした保険医療期間等		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	日間
	入院をした保険医療期間等		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	日間
	入院をした保険医療期間等		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	日間
	入院をした保険医療期間等		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	日間
	入院をした保健医療期間等		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(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。		
	_____、_____、_____		
	_____、_____、_____		
鶴居村長 (印)			

備考 「市区町村が証明する欄」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。