

限度額適用  
国民健康保険  
標準負担額減額  
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書  
届出日の日付を記入

被保険者証 番号	43 - 1234567	令和 4年 7月 22日		
世帯主 (組合員)	住所	南房総市 富浦町青木〇〇番地		
	氏名	南房総 太郎	生年月日	昭和30年5月5日
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		
減額対象者	氏名	南房総 花子	生年月日	昭和33年3月3日
	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8		
	世帯主との続柄	妻		
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)	令和 4年 4月 1日から 令和 4年 6月 30日まで 91 日間		
	入院をした保険医療機関等	名称	南房総総合病院	
		所在地	南房総市千倉町瀬戸〇〇番地	
②	申請日	非課税世帯で、入院日数が90日 以上の場合は該当		
	入院をした保険医療機関等	名称	年 月 日から	年 月 日まで 日間
		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		

市区町村長 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 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。
----------------	--

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。