

国民健康保険

限度額適用

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 号 記 号 番 号	43 -		令和 年 月 日	
世帯主 (組合員)	住 所	南房総市		
	氏 名		生年月日	年 月 日
	個人番号			
減額対象者	氏 名		生年月日	年 月 日
	個人番号			
	世帯主との続柄			
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 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		
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	<p>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。</p>
----------------	--

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。