

国民健康保険

限度額適用

標準負担額減額

限度額適用・標準負担

届出日の日付を記入してください。

被記	保号	険番	者号	43 - ○○○○○○	令和 ○年 ○月 ○日
世帯主 (組合員)	住所	南房総市 富浦町青木○○番地			
	氏名	南房総 太郎		生年月日	昭平・令 ○年 ○月 ○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	昭平・令 ○年 ○月 ○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 ○年 ○月 ○日から 令和 ○年 ○月 ○日まで 91 日間			
	入院をした保険医療機関等	名称	○○病院		
		所在地	館山市○○ ○○		
②	申請日	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	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			

・非課税世帯で、過去1年間の入院日数が91日以上の場合
は該当します。
・入院期間が分かる領収書の
コピーを添付してください。
・領収書がない場合は、保険
年金課へ連絡してください。

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。