

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

対象者	氏 名	生年月日 昭・平 年 月 日		男・女
	世帯主 との続柄	被保険者証の記号番号	個人番号	

長期入院	該当・非該当			
ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。			入院日数合計(日間)	
①	申請日の前1年間の入院期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日(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	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日(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	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日(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	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日(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	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日(日間)		
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		所在地		

限 度 額 適 用
上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険 標 準 負 担 額 減 額 認 定 を 申 請 し ます。
限度額適用・標準負担額減

年 月 日

住所

世帯主

氏名

印

安田町長 様

個人番号

※ 以下記入しないでください

年度 町民税課税状況	課税・非課税	確認者	適用 区分	ア・イ・ウ・エ・オ	備考
				Ⅱ・Ⅰ	

町 処 理 欄	認定等	イ 町民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿(課税台帳) ニ 却下(理由:)	受理番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 平成 年 月 日
	差額支給	有・無	

決 裁	課長	課長補佐	係	台帳記載