

(様式・一般)

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号				電話番号		
世帯主	住所					
	氏名	印	生年月日	男・女		
減額対象者	氏名		生年月日	男・女		
	世帯主との続柄		個人番号			
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為			有・無	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から	日間			
		平成 年 月 日まで				
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)	平成 年 月 日から	日間			
		平成 年 月 日まで				
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)	平成 年 月 日から	日間			
		平成 年 月 日まで				
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)	平成 年 月 日から	日間			
		平成 年 月 日まで				
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)	平成 年 月 日から	日間			
		平成 年 月 日まで				
入院をした保険医療機関等	名称					
	所在地					

平成 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)町村民税が課されていないことを証明する。
	____、____、____、 ____、____、____、 滝沢市長 殿 印

備考 「市区町村長が証明する欄」は、交付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。