

# 限度額適用

国民健康保険

食事療養・生活療養標準負担額減額

認定申請書

限度額適用 食事療養・生活療養標準負担額減額

被保険者証記号番号													
世帯主 (組合員)	住所												
	氏名							印	生年月日				
									電話番号				
限度額適用 減額対象者	氏名							生年月日					
	世帯主(組合員)との続柄												
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)			年	月	日から	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	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	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	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	日間						
	入院をした保険医療機関等	名称											
		所在地											

年 月 日

市区町村長が 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)及びその世帯に属する被保険者に_____年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。</p> <p>_____、_____、_____</p> <p>_____、_____、_____</p> <p style="text-align: right;">市区町村長名 <span style="float: right;">印</span></p>
-----------------	--