

課税	非課税	前期	交付(受理)番号

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

被保険者記号番号		—		申請日		令和	年	月	日
世帯主	住所	東諸県郡綾町大字				電話番号	-	-	
	氏名		⑦	個人番号					
減額対象者	氏名			個人番号					
	生年月日	S・H・R	年	月	日	性別	男	・	女
	世帯主との続柄			適用区分		(一般・退職)(ア・イ・ウ・エ・オ) 現役並み(I・II)・前期(I・II)			
窓口に來られた方の氏名				・ 世帯主本人	長期入院	該当 ・ 非該当			

交通事故等の「第三者行為」該当の有無 無 有 →傷病届等の提出確認

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年		月	日	から	日間
		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)	年		月	日	から	日間
		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)	年		月	日	から	日間
		年		月	日	まで	
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					

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)町村民税が課されないことを証明する。 _____ . _____ . _____ _____ . _____ . _____ <p style="text-align: right;">綾町長 印</p>
-------------	--

※ 「町長が証明する欄」は、保険者が町長であって、当該事実を公簿等によって確認することができる場合は省略できる。