

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・標準負担額適用

被保険者証記号番号		判定区分 <u>アイウエオ</u> 多数該当 有・無 (一般)			
世帯主 (組合員)	住所	高浜市 町 丁目 番地			
	氏名	生年月日	昭・平 年 月 日	男・女	
	個人番号				
限度額 適用減額 対象者	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	男・女	
	個人番号				
	世帯主との続柄		電話番号 ()	—	
長期入院	該当・非該当		後日送付 ・ 電話連絡		
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		令和 年 月 日から	日 間	
			令和 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)		令和 年 月 日から	日 間	
			令和 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)		令和 年 月 日から	日 間	
			令和 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等		名称		
		所在地			

令和 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 style="text-align: right;">高浜市長 印</p>
-----------------	---

保険税納付状況確認チェック

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村長であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。