

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定証交付申請書
限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号		岡 8 4		申請年月日		年 月 日	
申請人 (世帯主)	住所						
	氏名	印	生年月日	年	月	日	
	連絡先			個人番号			
限度額適用 減額対象者	氏名			生年月日	年	月	日
	世帯主との 続柄			個人番号			
長期入院	該当 ・ 非該当		※長期入院に該当する場合は、申請日までの12か月以内に入院日数が90日を超えることが分かる入院の領収書が必要です。				

窓口にくられた方	連絡先
----------	-----

【ここから下は長期入院に該当される方のみご記入ください】

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					

(注) ここから下は記入しないでください。

市町村長が 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（組合員）及びその世帯に属する被保険者に 年度の市町村民税が課されないことを証明する。 _____ _____ <p style="text-align: right;">市町村名 真庭市</p>
----------------	---

備考 「市町村長が証明する欄」は、保険者が市町村であって、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。

完納等に○印をしてください。→

国保税完納 ・ 国保税未納（特別事情添付あり） ・ （添付なし）

区分	内 容