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

記号番号		判定区分　ア イ ウ エ オ　低Ⅰ 低Ⅱ 現１ 現Ⅱ 現Ⅲ　多数該当　有・無

世帯主	住　所	高浜市　　町　　丁目　　番地		
	氏　名		生年月日	昭･平・令　　年　　月　　日
	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
	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 令和　年　月　日まで	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）	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	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）	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日　間
	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	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。 ＿＿＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿＿＿、 ＿＿＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿＿＿、 高浜市長　　印

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。