

**限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額 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							
世帯主 (組合員)	住所						
	氏名				生年月日		
	個人番号						
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	下記に掲げる当該交付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。
	_____、_____、_____
	_____、_____、_____
	市区町村長名 _____ 印 _____