

**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			個人番号	
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	<p style="text-align: center;">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。</p> <p>_____、_____、_____</p> <p>_____、_____、_____</p> <p style="text-align: center;">市区町村長名 印</p>
-----------------	---