

決 裁	主管課長	課長補佐	主幹兼係長	係長	係	

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・標準負担額減額

被保険者記号番号		与国保				
世帯主	住所	鹿児島県大島郡与論町				
	氏名		生年月日	年 月 日		
	個 人 番 号					
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日		
	個 人 番 号					
	世帯主との続柄					
長 期 入 院	該 当 ・ 非該 当		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 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）		年 月 日 から 日 間 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）		年 月 日 から 日 間 年 月 日 まで			
	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 年 月 日 まで			
	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 年 月 日 まで			
	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。		
	_____, _____, _____,		
	_____, _____, _____,		
	_____, _____, _____		
		市区町村長名 _____ 印	

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、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。