

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大字				
	氏名		印	生年月日		
	個人番号					
減額対象者	氏名			生年月日		
	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）	平成 年 月 日から 平成 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）	平成 年 月 日から 平成 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）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		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）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		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）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		日間		
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				

平成 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。