

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

電話： - -

記号・番号				
世帯主	住所	福岡県糟屋郡新宮町		
	氏名		生年月日	年 月 日
	個人番号			
限度額適用 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	下記に掲げる該当認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に____年度の市町村民税が課されないことを証明する。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 <div style="text-align: right;">市区町村長名 印</div>
-------------	---

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場合は、省略できる。

(記入例) 赤線の太枠の中の必要な部分だけ記入してください。

郵送でこの申請書を送付する場合、
日中に連絡可能な電話番号を必ず記入してください。

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

国民健康保険証の記号番号

記号・番号	0112233		電話	090-XXXX-XXXX	
世帯主	住所	福岡県糟屋郡新宮町 緑ヶ浜一丁目1番1号			
	氏名	新宮 太郎	生年月日	S50年5月1日	
	個人番号	123456789012			
限度額適用 減額対象者	氏名	新宮 花子	生年月日	S53年7月7日	
	個人番号				
	世帯主との続柄	妻			
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 年 月 日 まで	日間
	入院をした	国民健康保険の世帯主の住所・氏名・生年月日・個人番号および認定証が必要な人の氏名・生年月日・個人番号を記入してください。	
②	申請日の前	月 日 から 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)	年 月 日 から 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)	年 月 日 から 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)	年 月 日 から 年 月 日 まで	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	下記に掲げる該当認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に_____年度の市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。