

限 度 額 適 用
国民健康保険 標 準 負 担 額 減 額 申 請 書
限度額適用・標準負担額減額認定

記入例

(No.)

被保険者証記号番号		原 ー ○○○○○	申請日	令和○年 ○月 ○日	
世 帯 主	住 所	原 村 6 5 4 9 番地 1			
	氏 名	原村 セロリン	世帯主との続柄	本 人	
	個人番号 本人・住基	0123 4567 8910			
限度額適用 減額対象者	氏 名	原村 セロリン	生 年 月 日	昭和	男 ・ 女
	個人番号 本人・住基	0123 4567 8910		平成 ○○年 ○月 ○日 令和	
第三者行為（交通事故等）の有無			有 ・ 無		

長期入院	該当・非該当	長期入院該当年月日	年 月 日
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 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)		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	
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及びその世帯に属する被保険者に、 ____年度の村民税が課されないこと、もしくは地方税法上の経過措置対象者であることを証明する。 _____, _____, _____ _____, _____, _____ <div style="text-align: right;">原 村 長 ㊟</div>		

備考 「村長が証明する欄」は、保険者が村であって、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。

処 理 欄	本人確認	区 分	滞 納 状 況	確 認 者
	個力・免・旅・在力・保・ 年金・通・診・その他 ()	ア・イ・ウ・エ・オ 低Ⅱ・低Ⅰ・現Ⅱ・現Ⅰ		