

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

被保険者証記号番号		記号	常 総		番号	
限度額適用 減額対象者	氏 名				生年月日	
	個人番号		性別		世帯主 との続柄	
長期入院	該当 ・ 非該当					
※以下の欄は,長期入院該当者のみ記入してください。					入院日数合計	日間
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		
	入院した保険医療機関等	名称 所在地				

上記のとおり申請します。
 令和 年 月 日

申請者(世帯主) 住 所

氏 名 印

個人番号

電話番号

常総市長 殿

保険者 処理欄	認 定 等	イ 市町村民税非課税証明書	受付番号(第 号) 交付番号(第 号) 認定等年月日 年 月 日
		ロ 保護申請却下通知書	
		ハ 公簿(非課税・課税 所得割: 均等割:)	
		ニ 却下(理由)	
差額支給 有 ・ 無		標準負担額差額支給台帳受理番号(第 号)	

備考 市町村民税非課税証明書は,保険者が市町村であって,当該事実を公募等によって確認することができるときは,省略できる。

課 長	課長補佐	係 長	係