

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		三み・		年 月 日	
世帯主 (申請者)	住所	みやき町大字			
	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号		電話番号		
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主(組合員)との続柄			個人番号	
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為		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			

市区町村長が 証明する欄	<p>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。</p> <p>_____、_____、_____、 _____、_____、_____</p> <p style="text-align: center;">みやき町長</p>
-----------------	---

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。

受付者
