

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		0 6 3 2	
世帯主	住所	小国町大字	
	氏名	㊟	生年月日 S・H・R 年 月 日 男・女
減額対象者	氏名		生年月日 S・H・R 年 月 日 男・女
	世帯主との続柄		個人番号
区 分	低所得者(長期該当・非該当) 低所得者Ⅱ(長期該当・非該当) 低所得者Ⅰ		
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	

年 月 日

町長が証明する欄	<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ていないことを証明する。</p> <p>_____、_____、_____、 _____、_____、_____、</p> <p>(低所得者Ⅰの場合のみ)</p> <p>当該認定を受けようとする者について、 年度における国民健康保険法施行令第29条の3第3項第4号に規定する所得の金額がないことを証明する。</p> <p style="text-align: right;">小国町長 氏 名 ㊟</p>
----------	--

備考 「町長が証明する欄」は、保険者が市町村であって、当該事実を公簿などによって確認できるときは省略できる