

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 |                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 0632 - ( ) |  | 交通事故等の第三者行為                                                                                                                   |       | 有 ・ 無 |  |
| 世 帯 主     | 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 小国町大字      |  | 個人番号                                                                                                                          |       |       |  |
|           | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |  | 生年月日                                                                                                                          | 年 月 日 | 男・女   |  |
| 減額対象者     | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |  | 生年月日                                                                                                                          | 年 月 日 | 男・女   |  |
|           | 世帯主との続柄                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |  | 個人番号                                                                                                                          |       |       |  |
| 区 分       | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>ア</span><span>イ</span><span>ウ</span><span>エ</span><span>オ</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>現役並みⅡ</span><span>現役並みⅠ</span><span>低所得Ⅱ</span><span>低所得Ⅰ</span> </div> |            |  |                                                                                                                               |       |       |  |
| 長 期 該 当   | 該 当 ・ 非 該 当                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |  |                                                                                                                               |       |       |  |
| ①         | 申請日の前1年間の入院期間(日数)                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>年 月 日から</span> <span>年 月 日まで</span> <span>日間</span> </div> |       |       |  |
|           | 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)                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>年 月 日から</span> <span>年 月 日まで</span> <span>日間</span> </div> |       |       |  |
|           | 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)                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>年 月 日から</span> <span>年 月 日まで</span> <span>日間</span> </div> |       |       |  |
|           | 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)                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>年 月 日から</span> <span>年 月 日まで</span> <span>日間</span> </div> |       |       |  |
|           | 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>____、____、____、<br/>____、____、____、</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 印</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