

国民健康保険 限度額適用 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		つるぎ						
世帯主 (組合員)	住所	徳島県美馬郡つるぎ町						
	氏名	印	生年月日	昭・平	年	月	日	男・女
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭・平	年	月	日	男・女
	世帯主(組合員)との続柄							
長期入院	該当・非該当							
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成	年	月	日から	日間	
			平成	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)		平成	年	月	日から	日間	
			平成	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)		平成	年	月	日から	日間	
			平成	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)		平成	年	月	日から	日間	
			平成	年	月	日まで		
	入院をした保険医療機関等		名称					
			所在地					
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成	年	月	日から	日間	
			平成	年	月	日まで		
	入院をした保険医療機関等		名称					
			所在地					

平成 年 月 日

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: right;">つるぎ町長</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場合は、省略できる。

市町村記入欄	一般・退職(本・扶)	一般(上位・一般・低所)	前期(一定以上・一般・低I・低II)
--------	------------	--------------	--------------------