

標準負担額減額  
国民健康保険 限度額適用 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		(枝番)	退職区分	一般・退職(本人・扶養)		
世帯主	住所	あま市				
	氏名					
	個人番号					
減額対象者	氏名		生年 月日	昭和・平成・令和		続柄
	個人番号			年	月	

長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為	有・無
------	--------	-------------	-----

(課税世帯の期間は除きます)

長期入院 該当の場合	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
		入院をした保険医療機関	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
		入院をした保険医療機関	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
		入院をした保険医療機関	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	
	入院をした保険医療機関	名称				
所在地						

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

(届出者)

【電話番号】 ( ) - -

あま市長 様

市区町村長が 証明する欄	次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(区)町村民税が課されないことを証明する。 _____・_____・_____ _____・_____・_____ <p style="text-align: right;">市区町村長名 _____ <u>印</u></p>
-----------------	---

処理欄	確認	入力	認定証	受付者
			交付・郵送	