

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		和38		(一 般 ・ 退 職)	
世帯主	住 所				
	氏 名	Ⓜ	生年月日	昭・平	男・女
	個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏 名		生年月日	昭・平	男・女
	個人番号				
	世帯主との続柄				

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)	年 月 日から		日間	
		年 月 日から			
	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 日から			
	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 日から			
	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 日から			
	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)	年 月 日から		日間	
		年 月 日から			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			

年 月 日

白浜町長が 証明する欄	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____年度の町民税が課されないことを証明する。 _____、_____、_____ _____、_____、_____ 白浜町長 印
----------------	--

備考 「白浜町長が証明する欄」は、保険者が白浜町であって、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。