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	建　　－				年度	年度
組合員	住　　所					
	氏　　名		生年月日	S・H・R　年　月　日		男・女
	マイナンバー					
減額対象者	氏　　名		生年月日	S・H・R　年　月　日		男・女
	組合員との続柄					
	マイナンバー		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 年　月　日まで	日間
	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 年　月　日まで	日間
	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 年　月　日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	

市町村長が証明する欄	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＿＿年度の市町村民税が課されないことを証明する。 ＿＿＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿＿＿、 ＿＿＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿＿＿、 市町村長名　　印

備考　「市町村長が証明する欄」は、保険者が市町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

処理年月日　　年　　月　　日

確認書類	☐ マイナンバーカード（ 組合員 ・ 他 ） ☐ 運転免許証（ 組合員 ・ 他 ） ☐ その他（　　）	届出人	☐ 組合員 ☐ 代理人 （　　）	身元確認者	