

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号		記号	番号		
世帯主 (組合員)	住所	鳥取県八頭郡智頭町大字			
	氏名	印	生年月日	年 月 日	
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	
	世帯主(組合員)との続柄				
長期入院	該当 ・ 非該当	世帯主 個人番号		対象者 個人番号	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成 年 月 日から 平成 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)		平成 年 月 日から 平成 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)		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	
	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 平成 年 月 日まで	日間	
	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 平成 年 月 日まで	日間	
	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 style="text-align: right; margin-top: 20px;">鳥取県八頭郡智頭町長殿 印</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ときは、省略できる。