

課長	係

国民健康保険限度額適用 ・ 標準負担額減額認定証申請書

被保険者証記号 番号							
世帯主 (組合員)	住所						
	氏名	印	生年月日	昭・平	年	月 日	男・女
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
	入院をした保険医療機関		平成	年	月	日まで	
			名称				
		所在地					
②	申請日の前2年間の入院期間(日数)		平成	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関		平成	年	月	日まで	
			名称				
		所在地					
③	申請日の前3年間の入院期間(日数)		平成	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関		平成	年	月	日まで	
			名称				
		所在地					
④	申請日の前4年間の入院期間(日数)		平成	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関		平成	年	月	日まで	
			名称				
		所在地					
⑤	申請日の前4年間の入院期間(日数)		平成	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関		平成	年	月	日まで	
			名称				
		所在地					

村民税 課税状況	イ、課税	確認印	交付年月日	平成	年	月	日	処理欄
	ロ、非課税		発行期日	平成	年	月	日	
	ハ、免除		有効期限	平成	年	月	日	
	ニ、無申告		長期入院該当	平成	年	月	日	