

# 記入例

第 18 号様式 (第 16 条関係)

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		島 81- <span style="color: red;">9999999</span> <small>(保険証上部に記載されている番号)</small>			
世帯主	住所	富岡町大字 <span style="color: red;">本岡</span> 字 <span style="color: red;">王塚622-1</span>			
	氏名 (個人番号)	<span style="color: red;">富岡 太郎</span> ( <span style="color: red;">9999 9999 9999</span> )	生年月日	<span style="color: red;">昭和43年 2月 1日</span>	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">男</span> 女
限度額適用 減額対象者	氏名 (個人番号)	<span style="color: red;">富岡 花子</span> ( <span style="color: red;">8888 8888 8888</span> )	生年月日	<span style="color: red;">昭和54年 3月 2日</span>	男 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">女</span>
	世帯主との続柄	<span style="color: red;">妻</span>			
長期入院	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">該 当</span> ← 非該当	過去1年間の入院日数が90日を超える場合は、「該当」を○で囲んでください。			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	<span style="color: red;">平成26年 9月 1日から 平成27年 11月 15日まで</span> <span style="float: right;"><span style="color: red;">76</span> 日間</span>			
	入院をした保険医療機関等	名称	<span style="color: red;">〇〇 病院</span>		
所在地		<span style="color: red;">〇〇県〇〇市〇〇99-9</span>			
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	<span style="color: red;">平成27年 2月 15日から 平成27年 3月 20日まで</span> <span style="float: right;"><span style="color: red;">34</span> 日間</span>			
	入院をした保険医療機関等	名称	<span style="color: red;">△△ 病院</span>		
所在地		<span style="color: red;">△△県△△市△△88-8</span>			
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 日まで			
	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 日まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
所在地					
市区町村 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及び その世帯に属する被保険者に_____年度の町県民税が課されないことを 証明する。 _____、_____、_____ _____、_____、_____ _____年 月 日 富岡町長 <span style="float: right;">㊟</span>				

「該当」を○で囲んだ場合は、該当となる入院歴をご記入ください。

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村にあって、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。

市区町村	発行 (却下) 年月日	年 月 日
処理欄	有効期限 年月日	年 月 日