

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-			
世帯主	住所	富岡町大字 字			
	氏名 (個人番号)	()	生年月日	年 月 日	男・女
限度額適用 減額対象者	氏名 (個人番号)	()	生年月日	年 月 日	男・女
	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 日まで		
	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 日まで		
	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 ㊟				

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 処理欄	発行（却下）年月日	年 月 日
	有効期限年月日	年 月 日