

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- 9999999 <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 本岡 字 王塚622-1 | | | |
| | 氏名 (個人番号) | 富岡 太郎 (9999 9999 9999) | 生年月日 | 昭和43 年 2 月 1 日 | 男 女 |
| 限度額適用 減額対象者 | 氏名 (個人番号) | 富岡 花子 (8888 8888 8888) | 生年月日 | 昭和54 年 3 月 2 日 | 男 女 |
| | 世帯主との続柄 | 妻 | | | |
| 長期入院 | 該 当 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) | 令和 3 年 9 月 1 日から 76 日間 令和 3 年 11 月 15 日まで | | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | 〇〇 病院 | | |
| 所在地 | | 〇〇県〇〇市〇〇99-9 | | | |
| ② | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 令和 3 年 2 月 15 日から 34 日間 令和 3 年 3 月 20 日まで | | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | △△ 病院 | | |
| 所在地 | | △△県△△市△△88-8 | | | |
| ③ | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | 年 月 日から 日間 | | |
| | 所在地 | 年 月 日まで | | | |
| 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 |