

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者記号番号		記号	おぶせ	番号	申請年月日		令和	年	月	日
世帯主	住所	長野県上高井郡小布施町大字								
	氏名	Ⓜ 生年月日			年	月	日	性別	男・女	
	個人番号									
減額対象者	氏名	生年月日			年	月	日	性別	男・女	
	個人番号									
	世帯主との続柄	※太線の中について記入してください。								
長期入院	該当	非該当	※申請日の前1年間に90日以上入院していた方は該当に○をして、下欄に記入してください							

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年	月	日	から	年	月	日	まで	日間
	入院をした保険医療機関	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	年	月	日	まで	日間
	入院をした保険医療機関	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	年	月	日	まで	日間
	入院をした保険医療機関	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	年	月	日	まで	日間
	入院をした保険医療機関	名称									
所在地											
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年	月	日	から	年	月	日	まで	日間
	入院をした保険医療機関	名称									
所在地											

市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____年度の市長村民税が課されないことを証明する。									
	_____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、									

※申請の際は被保険者証を提示してください