

**限度額適用**  
**国民健康保険**                      **標準負担額減額**                      **認定証交付申請書**  
**限度額適用・標準負担額減額**

被保険者証記号番号(枝番)		島72 <b>012345</b> (01)	申請日	●●年 ●月 ●日
世帯主	住所	<b>三春町字大町1-2</b>		電話 <b>0247-62-2111</b>
	氏名	<b>三春 太郎</b>	生年月日	<b>昭和58年5月23日</b>
	個人番号	※不明な場合は記入不要※		
限度額適用 減額対象者	氏名	<b>三春 花子</b>	生年月日	<b>昭和59年9月14日</b>
	個人番号	※不明な場合は記入不要※		
	世帯主との続柄	妻		
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)	<p><b>【申請に必要なもの】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●認定証が必要な方の保険証</li> <li>●申請にいらした方の身分証明書(免許証やマイナンバーカードなど)</li> <li>●別世帯の方が申請される場合は、委任状</li> <li>●住民税非課税世帯の方で、長期入院該当の方は、入院期間証明書または直近4ヶ月の入院領収書</li> </ul>	
	入院日数が90日以上の方は、該当にマル		
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等		
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)		所在地
	入院をした保険医療機関等		
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	名称	
	入院をした保険医療機関等	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 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 年 月 日 三春町長
-------------	--

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区長村であって、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。

決裁	課長	G長	取扱者	グループ員
伺 適法と認められるので認定証を発行してよろしいか。				年 月 日
町処理欄	発行(却下)年月日	年 月 日		
	有効期限年月日	年 月 日		