

限度額適用

国民健康保険（食事療養費・生活療養費）標準負担額減額

認定申請書

限度額適用 ・ 標準負担額減額

世帯主	住所	高岡郡四万十町						
	氏名	印	生年月日	大・昭・平	年	月	日	男・女
	個人番号							
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭・平・令	年	月	日	男・女
	個人番号						年齢	
	被保険者証記号番号				電話番号			
	世帯主との続柄				適用区分			
長期入院	該当 ・ 非該当	第三者行為		有 ・ 無		※自分以外による行為での負傷		
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和	年	月	日から	日	間	
	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）	令和	年	月	日から	日	間	
	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）	令和	年	月	日から	日	間	
	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）	令和	年	月	日から	日	間	
	入院をした保険医療機関等	名称						
		所在地						
⑤	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和	年	月	日から	日	間	
	入院をした保険医療機関等	名称						
		所在地						

令和 年 月 日

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（組合員）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。 ____、____、____、 ____、____、____、
	市区町村長名
	印

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公募等によって確認することができるときは、省略できる。