

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		—						
世帯主 (組合員)	住所	石川県能美郡川北町字						
	氏名	印	生年月日	昭・平・令	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							
	世帯主(組合員)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)		令和	年	月	日から	日間	
			令和	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)		令和	年	月	日から	日間	
			令和	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)		令和	年	月	日から	日間	
			令和	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)		令和	年	月	日から	日間	
			令和	年	月	日まで		
	入院をした保険医療機関等		名 称					
		所 在 地						

令和 年 月 日

市町村長が 証明する欄	<p>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令和____年度の市町村民税が課されないことを証明する。</p> <p>_____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____</p> <p style="text-align: center;">川北町長 印</p>
確認欄	<p><input type="checkbox"/> 公簿 <input type="checkbox"/> _____ により確認</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 職氏名 印</p>