

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 2 1 ー				
世 帯 主	住 所					
	氏 名		生年月日	昭・平 ・令	年 月 日	男・女
限度額適用 減額対象者	氏 名		生年月日	昭・平 ・令	年 月 日	男・女
	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 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 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 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 年 月 日まで			
	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 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

村 長 が 証 明 する欄	下記に掲げる該当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_____年度の村民税が課されないことを証明する。		
	_____、	_____、	_____、
	_____、	_____、	_____、
	大玉村長		印