

様式第5号(第24条、第25条の2、第26条、第28条関係)

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		井若 ー			
世 帯 主 (組 合 員)	住 所				
	氏 名	⑩	生 年 月 日	年 月 日	男・女
	個 人 番 号				
限 度 額 適 用 者 減 額 対 象 者	氏 名		生 年 月 日	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年の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日から			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
所 在 地					
②	申請日の前1年の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日から			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
所 在 地					
③	申請日の前1年の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日から			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
所 在 地					
④	申請日の前1年の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日から			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
所 在 地					
⑤	申請日の前1年の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日から			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
所 在 地					

年 月 日

市 区 町 村 長 が 証 明 する 欄	<p style="text-align: center;"> 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 ⑩ </p>
-------------------------	--

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。