

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号		寿			
世帯主	住所				
	氏名				
減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄				
長期入院		該当・非該当			

入院日数合計( 日間)

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日～ 年 月 日( 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)	年 月 日～ 年 月 日( 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)	年 月 日～ 年 月 日( 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)	年 月 日～ 年 月 日( 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)	年 月 日～ 年 月 日( 日間)			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険の限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

年 月 日

申請者 住所  
(世帯主)

氏名



寿都町長 様

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	
	市区町村長名	

市区町村処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿(町道民税課税台帳 ニ 却下(理由))	受理番号(第 号) 交付番号(第 号) 認定等年月日 年 月 日
	差額支給 有・無	標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号)	

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

税務資料開示同意印