

**限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額 交付申請書
限度額適用 ・ 標準負担額減額**

被保険者証記号番号		水俣国保				
世帯主	住所					
	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	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		
	世帯主との続柄		個人番号			
長期入院	該当 ・ 非該当	交通事故等の第三者行為	有 ・ 無			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで		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 日から 年 月 日まで		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 日から 年 月 日まで		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 日から 年 月 日まで		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 日から 年 月 日まで		日間		
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				

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。		
	_____、	_____、	_____、
	_____、	_____、	_____、
	市区町村長名		印