

国民健康保険
 限度額適用
 標準負担額減額
 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		61-																					
世帯主	住所											個人番号											
	氏名				印	生年月日		年 月 日		男・女													
限度額適用 減額対象者	氏名				印	生年月日		年 月 日		男・女													
	個人番号																						
	世帯主との続柄				電 話																		
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）				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																				

年 月 日

市区町村長が 証明する欄	上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。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 <p style="text-align: right;">箱根町長 勝俣 浩行 印</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、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。