

様式第10号の2 (第20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					
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
限度額適用減額対象者	氏名		個人番号		
	世帯主との続柄		生年月日	年 月 日	男・女
長期入院	該当・非該当				
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。			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 日から		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		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		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		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		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認定証の交付を申請します。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_  
 (申請者)世帯主名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 山辺町長 殿

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ていないことを証明する。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 <p style="text-align: center;">市区町村長 <span style="float: right;">印</span></p>
-------------	--

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市町村であって、当該事実を公簿などによって確認できるときは省略できる。