

記入例

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	日高市 ●●● ○○-○○		
	氏名	日高 太郎	生年月日	○○○○年▲▲月◇◇日
	個人番号	△△△△ △△△△ △△△△		
減額対象者	氏名	日高 花子	生年月日	●●●●年△△月◆◆日
	個人番号	▲▲▲▲ ▲▲▲▲ ▲▲▲▲		
	世帯主との続柄	子		
長期入院	該当・非該当	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 過去12か月で90日を超える入院がある方は該当に○をし、入院期間・医療機関名等を記入してください。 </div>		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)			日間
	入院をした保険医療機関等	名		
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日から
	入院をした保険医療機関等	年	月	日まで
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日から
	入院をした保険医療機関等	年	月	日まで
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日から
	入院をした保険医療機関等	年	月	日まで
		名		
		所 在 地		

年 月 日

市長が証明する欄	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 年度の市民税が課されないことを証明する。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 <div style="text-align: right;">日高市長 印</div>
----------	---

備考 「市長が証明する欄」は、保険者が日高市長であって、当該事実を公簿等又はその写しによって確認することができるときは、省略できる。

電話番号 (●●●) ●●●-●●●●

代理人 住所 _____
 氏名 _____
 世帯主との関係 _____