

様式第14号の(5) (第18条の2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

被保険者記号番号																							
世帯主 (組合員)	住所																						
	氏名				生年月日	年	月	日															
適用対象者 減額対象者	氏名				生年月日	年	月	日															
	世帯主との続柄						年齢	歳															
	個人番号																						
長期入院 適用区分	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	～	年		月	日	日間												
	入院した保険医療機関	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												
	入院した保険医療機関	名称																					
		所在地																					
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年		月	日	～	年		月	日	日間											
	入院した保険医療機関	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												
	入院した保険医療機関	名称																					
		所在地																					
上記のとおり、国民健康保険限度額認定証・国民健康保険標準負担額減額認定証の交付を申請します。 なお、この申請に当たり、私及び私の世帯の被保険者の所得及び課税状況を公簿等により確認することに 同意いたします。 年 月 日 世帯主 住所 氏名 電話 個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (宛先)																							

※ 住民税の課税状況の確認に同意されない場合は、税務課にて世帯主及び国保の被保険者の所得証明又は、非課税証明を取り、添付してください。

処理欄	受付確認	長期認定	最終検査