

国民健康保険

限度額適用  
食事療養／生活療養標準負担額減額  
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

日野町長様

被保険者証記号番号		滋日	
世帯主	個人番号		電話番号
	住所	日野町	
	氏名		生年月日 年 月 日
限度額適用 減額対象者	個人番号		生年月日 年 月 日
	氏名	世帯主との続柄	
長期入院	該当・非該当 (非課税世帯の方のみ記入)		
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	
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日			

市町長が 証明する欄	<p>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 年度の市町民税が課されないことを証明する。</p> <p>_____、_____、_____、 _____、_____、_____、</p> <p style="text-align: right;">日野町長 _____ 印</p>
---------------	---

備考 「市町長が証明する欄」は、保険者が市町であって、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。