

課長	係長	係	合議

国民健康保険 **限度額適用**
標準負担額減額 **認定申請書**
限度額適用・標準負担額減額

太枠の中を記入
 個人番号（マイナンバー）を
 必ず記入してください

被保険者証記号番号		留萌			
世帯主	住所	留萌市 本町 1丁目 11番地 留萌市役所101号室			
	氏名	留萌 太郎	生年月日	平成9年2月14日	男・女
	個人番号	1111 2222 3333			
減額対象者	氏名	留萌 花子	生年月日	昭和64年1月7日	男・女
	個人番号	4444 5555 6666			
	世帯主との続柄	妻			
長期入院	該当 ・ 非該当				

過去1年間に90日以上入院しているか？
 該当の場合は該当に○をつけて下記①②③に記入

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	年	月	日まで	
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	年	月	日まで	
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	年	月	日まで	
所在地						

記入した日

令和3年 3月 3日

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)町民税が課されないことを証明する。 _____、 _____、 _____ _____、 _____、 _____ _____、 _____、 _____ <div style="text-align: right;">市区町村長名 留萌市長 印</div>
-------------	--

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。