

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

被保険者記号番号	砂川	個人番号		
世帯主	住所	砂川市		
	氏名	生年月日	年 月 日	男・女
減額対象者	氏名	生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄	個人番号		
長期入院	該当・非該当			
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 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）	平成 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）	平成 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）	平成 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）	平成 年 月 日から	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称		
所在地				

平成 年 月 日

上記申請による市町村民税の課税状況を税務担当部署で確認することについて同意いたします。

氏名 _____ 印 _____
(世帯主)

市町村長が証明する欄	上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 年度の市町村民税が課されないことを証明する。 <p style="text-align: right;">市町村長名 _____ 印 _____</p>
------------	--