

様式第10号(第24条関係)

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者記号番号					
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号			世帯主との続柄	
長期入院		該当 ・ 非該当			
			入院合計日数 日間		
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					

市区町村長が証明する欄	<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(組合員)及びその世帯に属する被保険者に 年度の市(区)町村民税が課されていないことを証明する。</p> <p style="text-align: right;">市区町村長名 印</p>
-------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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。

届出人氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

郵送

直接 本人確認書類：免許証 マイナンバーカード その他 ( )  
(官公署発行等の写真付き書類は1点)