

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		132-				
世帯主 (組合員)	住所	福岡県築上郡築上町大字				
	氏名	印	生年月日	年	月	日 男・女
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	年	月	日 男・女
	世帯主(組合員)との続柄		個人番号			
長期入院	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)		平成	年	月	日から
			平成	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)		平成	年	月	日から
			平成	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)		平成	年	月	日から
			平成	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)		平成	年	月	日から
			平成	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)		平成	年	月	日から
			平成	年	月	日まで 日間
	入院をした保険医療機関等		名称			
		所在地				

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平成__年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。

_____、 _____、 _____、
 _____、 _____、 _____

平成 年 月 日

市区町村長名 印