

被保険者証記号番号	岡 8 2 .		交付番号	第 号	交付年月日	年 月 日
世帯主	住所					
	氏名					
	個人番号	生年月日	平・令	年 月 日	男・女	
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	平・令	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	9 1 日目該当日	令和	年 月 日		
種類	一般	退職本人	退職扶養	境界層	該当・非該当	
所得区分	7 0 歳未満 (ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ)					
	7 0 歳以上 (低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 現役並みⅠ ・ 現役並みⅡ)					

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。			入院日数合計 (日間)			
1	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日から	年 月 日まで	日間		
	入院した保険医療機関等	名称				
		所在地				
2	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日から	年 月 日まで	日間		
	入院した保険医療機関等	名称				
		所在地				
3	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日から	年 月 日まで	日間		
	入院した保険医療機関等	名称				
		所在地				

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

年 月 日

世帯主 住所 岡山県瀬戸内市
氏名
電話 - -

印

市町村長が 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)町村民税が課せられないことを証明する。</p> <p>_____、_____、_____、 _____、_____、_____、</p> <p>市町村長名 _____ 印 _____</p>
----------------	--

備考 「市町村長が証明する欄」は、交付者が市町村であって、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。