

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

被保険者証記号番号	佐国保					
世帯主	住所	佐伯市				
	氏名	印	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	個人番号					
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	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 平成	年 年	月 月	日から 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 平成	年 年	月 月	日から 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 平成	年 年	月 月	日から 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 平成	年 年	月 月	日から 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 平成	年 年	月 月	日から 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				

平成 年 月 日

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