

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

被保険者	記号		番号	
世帯主	住所			
	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
		個人番号		
		世帯主との続柄		
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)		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		
⑤	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		

年 月 日

市(町村)長が 証明する欄	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(町村)民税が課されないことを証明する。 _____、_____、_____ _____、_____、_____ <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 鳩山町長 印 </div>
------------------	--

備考 「市(町村)長が証明する欄」は、保険者が市(町村)長であって、当該事実を公簿等又はその写し
 によって確認することができるときは、省略できる。