

課 長	調整監	課長補佐	係	受付者

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

年 月 日

被保険者証記号番号		野国		世帯主個人番号			
世 帯 主	住 所	野辺地町字					
	氏 名		生年月日	昭・平・令	年	月	日 男・女
限度額適用 減額対象者	氏 名		生年月日	昭・平・令	年	月	日 男・女
	世帯主との続柄			TEL	-	-	
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 日 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 日 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 日 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 日 日間				
	入院をした保険医療機関等		名 称				
			所在地				

年 月 日

市 区 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(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。	
	____、____、____、	
	____、____、____、	
	市区町村長名 印	

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。