

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

届出日 令和 年 月 日

被保険者証記号番号		連絡先(電話番号)		
世帯主 (組合員)	住所	石川県羽咋郡志賀町		
	氏名	生年月日	昭和・平成 令和	年 月 日 男・女
	個人番号			
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	昭和・平成 令和	年 月 日 男・女
	個人番号			
	世帯主(組合員)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 日間 年 月 日まで		
	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 日間 年 月 日まで		
	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 日間 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		

令和 年 月 日

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(組合員)及びその世帯に属する被保険者に令和____年度の市町村民税が課されないことを証明する。</p> <p>_____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____</p> <p style="text-align: right;">志賀町長 印</p>
確認欄	<p><input type="checkbox"/> 公簿 <input type="checkbox"/> _____ により確認</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日 職氏名 印</p>

備考「市町村長が証明する欄」は、保険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場合は、省略できる。