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

（宛先）かほく市長　　申請日　令和　　年　　月　　日

保険証記号番号					
世帯主	住所	かほく市　　番地			
	氏名		生年月日	年　月　日	男・女
	個人番号		TEL		
限度額適用減額対象者	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	**※長期該当とは、過去１２ヶ月の入院日数が９０日を超えた場合をいいます。** **※長期該当の場合は、該当期間のわかるもの（領収証等）を添付してください.**

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	病院
		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	病院
		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	病院
		所在地	

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。 ＿＿＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿＿＿、 市長名　　㊞

備考　「市区町村が証明する欄は」、保険者が市区町村であって、当該事実を公募等によって確認することができるときは、省略できる。

市町村確認欄	申告	収納	年齢	区分	作成	発送