

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

記号・番号					
世帯主	住所				
	氏名			生年月日	年 月 日
	個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏名			生年月日	年 月 日
	個人番号				
	世帯主との続柄				
長期入院	該当・非該当	第三者行為	有・無		
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			
④	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			
⑤	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			

年 月 日

町長が証明する欄	下記に掲げる該当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。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 遊佐町長 印
----------	--

備考 「町長が証明する欄」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。

※職員記入欄

申請者以外の方が提出した場合 氏名	
申請者又は提出者の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他()