

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

被保険者証記号番号		61-																					
世帯主	住所											個人番号											
	氏名				印	生年月日	昭・平	年	月	日	男・女												
限度額適用 減額対象者	氏名				印	生年月日	昭・平	年	月	日	男・女												
	個人番号																						
	世帯主との続柄				電話																		
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）	平成 年 月 日から平成 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）	平成 年 月 日から平成 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）	平成 年 月 日から平成 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）	平成 年 月 日から平成 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）	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間																					
	入院をした保険医療機関等	名称																					
		所在地																					

平成 年 月 日

市区町村長が 証明する欄	上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。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 <p style="text-align: right;">箱根町長 山口 昇士 印</p>
-----------------	---

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。