

様式第10号 (第24条, 第25条の2, 第26条関係)

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

被保険者証記号番号												
世 帯 主	住 所											
	氏 名						印	生年月日	昭・平 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・平 年 月 日	男・女			
	世帯主との続柄						電話番号					
	個人番号											
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 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 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 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 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 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

市区町村長が 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 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。</p> <p style="text-align: right;">市区町村長名 <span style="float: right;">印</span></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つて、当該事実を公簿等によつて確認することができるときは、省略できる。