

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	結城市大字結城1447					
	氏名	結城 太郎 (印)		生年月日	○年○月○日 (男)・女		
	個人番号						
限度額適用 減額対象者	氏名	結城 花子		生年月日	○年○月○日 男 (女)		
	世帯主との続柄	子		電話番号	0269-32-1111		
	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	○○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					
	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 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。