

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	結城市中央町二丁目3番地			
	氏名	結城 太郎	生年月日	○年○月○日	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 女
	世帯主との続柄	子	電話番号	0269-32-○○○○	
	個人番号				
長期入院	当・非該当				

個人番号（マイナンバー）は確認できる書類がお手元にならない場合は記入不要です。

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。