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		遠　軽							一般 ・ 退職						
世帯主	住　所	遠軽町							電話　　—						
	氏　名								生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日生					
	個人番号												性別	男 ・女	
限度額適用減額対象者	氏　名								生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日生					
	個人番号												性別	男 ・女	
	続　柄	本人・妻・夫・子・他(　　)													

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日	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)	自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日	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)	自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	

遠軽町長　　様

上記のとおり認定を受けたいので申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者　住 所　遠軽町

世帯主　　印

※決定欄	1. 認定について						
	☐ 限度額適用	☐ 認定	(アイウエ)	☐ 非認定	理由：滞納世帯		
	☐ 標準負担額減額	☐ 認定			課税世帯		
	☐ 限度額適用・標準負担額減額	☐ 認定		☐ 非認定	他 (　　)		
	2. 長期入院について	☐ 該当	(該当年月日：令和　年　月　日)	☐ 非該当			
	※所得状況	1. 公簿確認	2. 所得証明	3. その他 (　　)			
	交付年月日	令和　年　月　日	発効期日	令和　年　月　日	有効期限	令和　年　月　日	
	課長専決	主幹等	係 長	係 長	担 当	合 議	税務課担当