

様式第10号 (第24条、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		記号			番号			
世帯主	住所							
	氏名			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			生年月日	年 月 日		男・女	
	個人番号							
	世帯主との続柄							
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		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)			年 月 日から		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)			年 月 日から		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)			年 月 日から		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)			年 月 日から		日間		
	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____年度の市民税が課されないことを証明する。</p> <p style="text-align: right;">下妻市長 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できるときは、省略できる。