

様式第14号 (第15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

一般・退職(本)・退職(扶)

被保険者証記号番号		宛名番号		非・課1・課2 ・未1・未2		ア・イ・ウ・エ・オ・ 低I・低II			
世帯主 (組合員)	住所								
	氏名	生年月日	年	月	日	男・女			
		個人番号							
減額対象者	氏名	個人番号							
	世帯主(組合員)との続柄		生年月日	年	月	日	男・女		
長期入院	該当・非該当		電話番号						
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	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	年	月	日まで	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	年	月	日まで	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	年	月	日まで	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	年	月	日まで	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(区)町村民税が課されないことを証明する。</p> <p>_____、_____、_____</p> <p>_____、_____、_____</p> <p style="text-align: right;">会津美里町長 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することができるときは、省略できる。

有効期限	年 月 日
------	-------