

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		上富良野										
世 帯 主	住 所	空知郡上富良野町										
	氏 名				印	生年月日		昭・平・令	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	昭・平・令	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）				平成	年	月	日から	日間			
					平成	年	月	日まで				
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）				平成	年	月	日から	日間			
					平成	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）				平成	年	月	日から	日間			
					平成	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）				平成	年	月	日から	日間			
					平成	年	月	日まで				
入院をした保険医療機関等				名 称								
				所在地								

令和 年 月 日

市区町村長が 証明する欄	<p style="text-align: center;">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）町村民税が課税されないことを証明する。</p> <p style="text-align: center;">_____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、</p> <p style="text-align: right;">市区町村長名 印</p>
-----------------	--

処 理 欄	70歳未満限度額適用国保税納付確認		交付認定証		適用区分
	納付状況	確認者印	限度額適用	<input type="checkbox"/>	
	滞納なし <input type="checkbox"/>		標準負担額減額	<input type="checkbox"/>	
	滞納あり <input type="checkbox"/>		限度額適用・標準負担額減額	<input type="checkbox"/>	
特別事情あり <input type="checkbox"/>	不 交 付		<input type="checkbox"/>		
※現在入院中の方については、交通事故・けんか等の給付制限該当の有無の確認 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ 有の場合には、「第三者行為による被害届」を提出する。					