

様式第15号（第20条関係）

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者記号番号		記号	番号	
世帯主 (組合員)	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
適用・減額 対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	世帯主(組合員)との続柄			
長期入院	該当・非該当	世帯主 個人番号	対象者 個人番号	
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				

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;">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。