

**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**

記号番号	鎌	適用区分	一般・退職（ア・イ・ウ・エ・オ） 高齢（現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ）						
世帯主	住所	鎌ヶ谷市 TEL							
	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			
	個人番号						男・女	続柄	
長期入院	該当・非該当				第三者行為		有・無		
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				
備考									

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>_____</p> <p style="text-align: right;">_____ 市区町村名 印</p>
-----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>新規 継続</b>	料	受付	確認
			郵送 確認済み