様式第９号（第２４条、第２５条の２、第２６条、第２８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 |  |  |
| 世帯主 | 住　　所 |  |  |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　 | 生年月日 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 限度額適用減額対象者 | 氏　　名 |  | 生年月日 |  |
| 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　　　　　年　　月　　日まで　　　日間 |
| 入院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 | 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）町村民税が課せられないことを証明する。　　　　　　　　　　　　　　　　　　桜川市長　　大塚　秀喜 |

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、当該事実を公募等によって確認することができるときは、省略できる。