係	係長	課長補佐	課長

負担判定				
ア	イ	ウ	エ	オ
現Ⅱ	現Ⅰ	低Ⅱ	低Ⅰ	

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

令和　　年　　月　　日

記号－番号	６９－	課・非課税 世帯確認欄	課税 非課税	滞納	有 無

世帯主	住所	岡垣町		電話番号	―	
	氏名	印	生年月日	昭・平・令　年　月　日		男・女
減額対象者	氏名	□同上	生年月日	昭・平・令　□同上　年　月　日		男・女
	世帯主との続柄		一般・退区分	一般　退本人　退家族		

個人番号													負担区分	70未満　低所得Ⅱ　低所得Ⅰ
長期入院	該当（令和　　年　　月１日から）（下記に記入）・　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	
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	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されないことを証明する。 ＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、 市区町村長名　　印

上記欄は、保険者が市区町村で、当該事実を公簿等によって確認できるときは､省略できる。