様式第１０号の４

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

寒河江市長　　殿

被保険者証記号番号	・				
世　帯　主	住　所	〒　　寒河江市			
	氏　名	㊞	個人番号		
	電話番号		生年月日	年　月　日	男・女
限度額適用減額対象者	氏　名		個人番号		
	世帯主との続柄		生年月日	年　月　日	男・女
長 期 入 院	該当･非該当	種別	一般・退職（本人・扶養）・高齢１割・高齢２割		
第三者行為	有　・　無				

ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。　　入院日数合計（　　日間）

①	申請日の前１年間の入院期間（日数）	年　月　日～　年　月　日（　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～　年　月　日（　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～　年　月　日（　日間）	
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	

年　月　日

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

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、当該事実を公簿などによって確認できるときは、省略できる。

処理欄						
	市民税課税台帳より	上位所得者 一般 非課税	該当を確認	滞納の有無	区分	確認月日・印
				有　・　無		/