記載例

3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

世帯主様の住所、氏名など

被保険者証記号・番号		木津川													
世帯主	住所	木津川市											番地		
	氏名						㊞	生年月日		年	月	日	男・女		
	個人番号														
減額対象者	氏名							生年月日		年	月	日	男・女		
	個人番号														
	世帯主との続柄				電話番号										
長期入院	該当・非該当														

※ここから下は、長期該当者のみ記入してください

限度額適用認定証が必要な方の氏名など
（電話番号は繋がりやすい番号をご記入ください）

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	

上記のとおり関係書類を添えて、国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

年 月 日

※以下の欄には記入しないでください。

市長が証明する欄	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 年度の市民税が課されないことを証明する。 年 月 日 木津川市長
	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 年度の市民税に係る各所得金額がないことを証明する。 年 月 日 木津川市長

交付年月日	年 月 日	発効期日	年 月 日	処理欄
有効期限	年 月 日	長期入院該当年月日	年 月 日	