

様式第15号 (第32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

(申請先)

東御市長

令和 年 月 日

申請者 (世帯主)

窓口に来た方

住 所

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

氏 名

氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

世帯主と  
の続柄

電 話

下記のとおり申請します。

被保険者証 の記号番号	とうみ .				
限度額適用 減額対象者	氏 名		世帯主と の続柄		
	生年月日	年 月 日			
	個人番号	年 月 日			
長期入院 (90日以上)	該 当 ・ 非該当	交通事故等の第三者行為		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		

保険者 処理欄	認 定 等	ア 市町村民税非課税証明書	受付番号(第 号)
		イ 保護申請却下通知書	交付番号(第 号)
		ウ 公簿( )	認定等年月日
		エ 却下(理由 )	年 月 日
差額支給有 ・ 無		標準負担額差額支給台帳受理番号(第 号)	

備考 市町村民税非課税証明書は、保険者が市町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、不要です。