

限度額適用  
 標準負担額減額  
 認定申請書  
 限度額適用・標準負担額減額

記号・番号		門国		適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・I・II	
世帯主	住所					
	氏名			電話番号		
	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					
	本人区分	一般・退職本人・退職家族				
発効期日	年 月 日		有効期日	年 月 日		
長期入院	該当( 年 月 日)・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 日間 年 月 日 まで				
	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 日間 年 月 日 まで				
	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 日間 年 月 日 まで				
	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	下記に掲げる該当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____年度の市町村民税が課されないことを証明する。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 <p style="text-align: right;">市区町村長名 <span style="float: right;">印</span></p>
-----------------	---

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、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。