

申請月の1日からの認定日となります。

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

世帯主の方  
の情報を記入

福島 個人番号

世帯主 住所 福島市 五老内町3番1号

氏名 福島 太郎

電話 024-525-3773

保険証番号

被保険者証 記号番号	島1	123456	新規・再発行・長期
個人番号			認定証が必要な方
対象者氏名	福島 花子		(男・女)
世帯主との 続柄	妻		生年月日 昭・平・令 ○年○月○日生
	第三者行為(交通事故 等)有の場合 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

長期入院の欄より下は記入不要です。

交通事故等、「第三者の行為が原因の傷病」により医療機関等を受診する場合には、を記入してください。

①	入院をした保険医療機関等	名称	月 日
		所在地	日間
	申請日の前一年間の入院日数	平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	日 (日間)
②	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
	申請日の前一年間の入院日数	平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
③	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

市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

※ 上記証明は、原則として1月1日現在、福島市に住所を有している方は不要です。