

(様式第9号) (第19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
限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号		いいやま						
世帯主	住所	飯山市(大字)						
	氏名	印	生年月日	昭・平	年	月	日	男・女
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭・平	年	月	日	男・女
世帯主との続柄								
長期入院	該当・非該当							
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から	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)	平成	年	月	日から	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)	平成	年	月	日から	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)	平成	年	月	日から	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)	平成	年	月	日から	日間		
	入院をした保険医療機関等	名称						
		所在地						

平成 年 月 日

市町村長が証明する欄	「市町村長が証明する欄」は、保険者が市町村長であって、当該事実を公簿等によって確認できるときは、省略できる。
------------	--

※処理欄※

長期	非該当	認定方法	1. 公簿 2. 減額認定証 3. 非課税証明書 4. 保護申請却下通知書	受理番号 第 号	交付番号 第 号
	該当			差額支給 有 無	差額支給台帳番号 第 号
認定日	平成 年 月 日	課税状況	上位所得世帯「A」	資格区分	
有効期限	平成 年 月 日		課税世帯「B」 非課税世帯「C」	一般 退本 退扶 高齢(低Ⅰ・低Ⅱ)	
却下理由		備考			