

国民健康保険 食事（生活）療養標準負担額減額 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			区 分	一般 ・ 退本 ・ 退扶	
限度額適用 減額対象者	氏 名		生年月日	S ・ H ・ R 年 月 日	
	世帯主との続柄		個人番号		
傷 病 名					
第三者行為の有無		1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）			
長 期 入 院	該 当 ・ 非 該 当		高 齢	該 当 ・ 非 該 当	
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			
	入院した保険医療機関等	名 称			
		所 在 地			

白山市長あて 令和 年 月 日

上記のとおり、関係書類を添えて申請します。
また、限度額適用・標準負担額減額認定を受けるため、当該事務担当課職員が世帯全員の
市民税の賦課状況を確認することに同意します。

住 所	白山市		
申請者（世帯主）	⑤	個人番号	
電 話	（ ） —		

受領印

備 考	(窓口・郵送)	
確 認 欄	上記の世帯に係る平成 年度分の市民税の課税状況	
	課 税	非課税 又は 免 除
	ア・イ・ウ・エ Ⅱ・Ⅰ	オ・Ⅱ・Ⅰ (長期該当年月日 令和 年 月 日)