

限度額適用
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	昭和 平成 年 月 日 男・女
	世帯主との続柄				個人番号
傷病名及び第三者行為の有無					
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）		平成 年 月 日から平成 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）		平成 年 月 日から平成 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

平成 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）	㊟	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	オ・II・I (長期該当年月日 平成 年 月 日)	