

様式第17号（第25条関係）

国民健康保険限度額適用（標準負担額減額、限度額適用・標準負担額減額）
認定申請書

令和 年 月 日

被保険者記号・番号					
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	年 月 日	
	個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日	
	個人番号				
	世帯主との続柄				
長期入院	該当・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	年 月 日まで	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)	年 月 日から	年 月 日まで	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)	年 月 日から	年 月 日まで	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)	年 月 日から	年 月 日まで	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)	年 月 日から	年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

町長が証明する欄	<p>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の世帯主及び世帯に属する被保険者に 年度の市町村民税が課されていないことを証明する。</p> <p style="text-align: right;">庄内町長 印</p>
----------	--

備考 「町長が証明する欄」は、保険者が市町村であって、当該事実を公簿によって確認できるときは省略できる。