受付印

決裁	課長	課長補佐	班長	班員

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

被保険者記号・番号		久国		
世帯主	住所	久米島町字		
	氏名		生年月日	S・H・R　年　月　日
	個人番号			
減額対象者	氏名		生年月日	S・H・R　年　月　日
	個人番号		世帯主との続柄	
長期入院	該当 ・ 非該当	任意記載等	有 ・ 無	

※ここから下記部分は、長期入院該当者のみ記入してください。

			入院日数合計（　　日間）
①	申請日の前の1年間の入院日数	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日（　　日間）	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請日の前の1年間の入院日数	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日（　　日間）	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
③	申請日の前の1年間の入院日数	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日（　　日間）	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
④	申請日の前の1年間の入院日数	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日（　　日間）	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	

上記の通り関係書類を添えて国民健康保険の限度額適用・標準負担額の減額を申請します。
また、この申請に係わる税に関する資料（本人およびその世帯）を閲覧されることに同意します。

令和　　年　　月　　日

世帯主　住所

氏名

久米島町長　あて　　電話番号

届出人

世帯主との続柄（　　）

国保税の滞納	有 ・ 無	国保世帯員全員の課税状況	課税 ・ 非課税
適用（負担）区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・低Ⅰ ・ 低Ⅱ		
入院日数確認	1．領収書　2．レセプト　3．その他（医療機関証明書等）		