様式第 18 号（第 16 条関係）

限度額適用

国民健康保険　　標準負担額減額　　認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号番号		島 85－100　　（枝番）			
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	年　月　日	男・女
個人番号					
限度額適用減額対象者	氏名		生年月日	年　月　日	男・女
	続柄		長期入院	該当・非該当	
個人番号					

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	

市区町村長が証明する欄	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その世帯に属する被保険者に＿＿＿年度の市(区)町県民税が課されないことを証明する。 浪江町長
公簿等による確認欄	【70 歳未満所得区分：ア・イ・ウ・エ・オ】 【70 歳以上所得区分：現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ】 （区分オ・低Ⅱの場合、長期入院　【　該当　・　非該当　】

備考　「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村にあって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

市区町村処理欄	発行（却下）年月日	年　月　日
	有効期限年月日	年　月　日