

**限 度 額 適 用**  
**国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書**  
**標 準 負 担 額 減 額**

被保険者証の記号番号	奈 12-		
適用減額対象者	氏名	世帯主との続柄	
	性別	男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日
長期入院	該当 ・ 非該当		
ここから下は、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)			
申請日の前一年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	日間
入院をした保険医療機関等	所在地 名称		
申請日の前一年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	日間
入院をした保険医療機関等	所在地 名称		
申請日の前一年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	日間
入院をした保険医療機関等	所在地 名称		
上記のとおり申請します。			
平成 年 月 日			
住所 山添村大字		番地	
世帯主 _____			
氏名 _____		印 電話 _____	
(あて先) 山添村長			
事務処理欄			
適用区分			
70歳未満	上位所得者	A	住民税課税世帯(基礎控除後の総所得金額が600万円超)
	一般	B	住民税課税世帯(基礎控除後の総所得金額が600万円以下)
70歳以上	低所得者	C	住民税非課税世帯
	低所得者		住民税非課税世帯
	低所得者		住民税非課税世帯で、さらに世帯の所得が判定基準以下 (年金受給額80万円以下等)
認定年月日	平成 年 月 日	認定証記載発効期日	平成 年 月 日
長期該当日	平成 年 月 日	長期入院該当年月日	平成 年 月 日

国民健康保険税に滞納のある場合、限度額適用認定証は交付されません。