

認定証交付伺 (交付) 令和 年 月 日

課長	課長補佐	係長	担当

発行期日	令和 年 月 日
長期入院該当日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日

**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**

被保険者証記号番号		瀬国保：					
世帯主	住所	瀬戸内町					
	氏名		生年月日	S H R	年 月 日	性別	男・女
	個人番号						
減額対象者	氏名		生年月日	S H R	年 月 日	性別	男・女
	個人番号						
	世帯主との続柄		申請理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）			
長期入院	該当 ・ 非該当						
①	申請日の前1年間の入院期間	平・令 年 月 日から 日間 平・令 年 月 日まで					
	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	平・令 年 月 日から 日間 平・令 年 月 日まで					
	入院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	平・令 年 月 日から 日間 平・令 年 月 日まで					
	入院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	平・令 年 月 日から 日間 平・令 年 月 日まで					
	入院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	平・令 年 月 日から 日間 平・令 年 月 日まで					
	入院した保険医療機関等	名称					
		所在地					

申請年月日 令和 年 月 日

受付日付印

この認定に係る世帯の世帯主及び被保険者  
全員に対して平成 年度の市町村民税が課  
されていないことを確認しました。

確認者

印