

第6号様式（第6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

被保険者証記号番号		長期入院		該当・非該当	
限度額適用減額対象者		氏名			
		個人番号			
		生年月日		年 月 日 世帯主との続柄	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 日間 年 月 日まで		
	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 日間 年 月 日まで		
	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 日間 年 月 日まで		
	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 日間 年 月 日まで		
	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 日間 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等		名称 所在地		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住 所

氏 名

(自署の場合、押印不要)

個人番号

電 話

— —

清須市長 様

※市民税課税状況確認欄

確認年月日	年 月 日	確認者氏名	
確認方法	課税台帳・課税証明書	確認結果	課税・非課税
長期入院確認	年 月 日	確認者氏名	
	レセプト・その他( )		

保険年金課	身元確認(実存)	写真付のもの…いずれか1つ 個人番号カード、運転免許証、旅券 その他( )	確認者印
		写真がないもの…いずれか2つ 健康保険被保険者証、年金手帳、学生証、キャッシュカード その他( )	