

国民健康保険限度額適用認定申請書

被保険者記号番号		記号		番号	
世帯主 (組合員)	住所				
	氏名		印	生年月日	
適用対象者	氏名			生年月日	
	世帯主(組合員)との続柄			連絡先	
長期入院	該当・非該当	世帯主 個人番号		対象者 個人番号	
①	申請日の前の1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 年 月 日まで 日間		
	入院をした保健医療機関等		名 称		
			所在地		
②	申請日の前の1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 年 月 日まで 日間		
	入院をした保健医療機関等		名 称		
			所在地		
③	申請日の前の1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 年 月 日まで 日間		
	入院をした保健医療機関等		名 称		
			所在地		
④	申請日の前の1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 年 月 日まで 日間		
	入院をした保健医療機関等		名 称		
			所在地		
⑤	申請日の前の1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 年 月 日まで 日間		
	入院をした保健医療機関等		名 称		
			所在地		

市区町村長が 証明する欄	<p>下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主(組合員)及びその世帯に属する被保険者に 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。</p> <p style="text-align: right;">栃木県真岡市長殿 印</p>
-----------------	---

備考「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、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。