

(第8号様式の3)

常務理事	常務理事	事務次長	課長	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		.	申請日	平成	年	月	日	
組合員	住所							
	氏名	印	生年月日	昭・平	年	月	日	男・女
減額対象者	氏名		生年月日	昭・平	年	月	日	男・女
	組合員との続柄		長期入院	該当・非該当				
①	申請日の前1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）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで						日間
	入院をした医療機関等	名 称 所在地						
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで						日間
	入院をした医療機関等	名 称 所在地						
④	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで						日間
	入院をした医療機関等	名 称 所在地						
⑤	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで						日間
	入院をした医療機関等	名 称 所在地						

※ 添付書類：以下の書類のうちどれかひとつをコピーされて添付して下さい。

- ①特別徴収税額の通知書
- ②市（町村）民税の通知書（氏名が記載されているページと総所得金額、控除額、課税標準額が記載されているページ。）
- ③所得・課税証明書（控除内訳あり）（市町村で発行してもらえます。）
- ④確定申告書の控え

※源泉徴収票不可