

(第8号様式の3)

常務理事	事務長	課長	課長補佐	主任	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	令和	年	月	日	
組合員	住所							
	氏名	㊦	生年月日	昭・平・令	年	月	日	男・女
	個人番号(マイナンバー)							
減額対象者	氏名		生年月日	昭・平・令	年	月	日	男・女
	個人番号(マイナンバー)							
	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)		年 月 日から 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)		年 月 日から 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)		年 月 日から 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)		年 月 日から 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(納税義務者用)
- 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、税額が記載されているページ。)
- ③市町村民税 県民税 所得・税額証明書(市町村で発行してもらえます。所得金額と税額が記載されているもの。)

※源泉徴収票不可