

認定期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

- () 限度額適用認定証(国保前期高齢者)
- () 限度額適用・標準負担額減額認定証(国保前期高齢者)
- () 限度額適用認定証(国保若年者 上位所得・一般)
- () 限度額適用・標準負担額減額認定証(国保若年者 非課税)

国保被保険者証記号番号

被保険者証番号(国保以外)

保険者の名称

保険者の所在地

大雪地区広域連合 | 上川郡東川町東町1丁目16番1号

対象者

住 所	_____		
氏 名	_____	生年月日	_____ 性別 _____
区 分	現役並みⅡ・現役並みⅠ・区分Ⅱ・区分Ⅰ・ア・イ・ウ・エ・オ		
個人番号	_____	世帯主(組合員)との続柄	_____

長期入院(該当・非該当) ここからは、長期入院該当者のみ記入してください。入院日数合計(日間)

①	申請日の前の1年間の入院日数	_____年 月 日 ~ _____年 月 日 (日間)	
	入院した保険医療機関等	名称 所在地	_____
②	申請日の前の1年間の入院日数	_____年 月 日 ~ _____年 月 日 (日間)	
	入院した保険医療機関等	名称 所在地	_____
③	申請日の前の1年間の入院日数	_____年 月 日 ~ _____年 月 日 (日間)	
	入院した保険医療機関等	名称 所在地	_____
④	申請日の前の1年間の入院日数	_____年 月 日 ~ _____年 月 日 (日間)	
	入院した保険医療機関等	名称 所在地	_____
⑤	申請日の前の1年間の入院日数	_____年 月 日 ~ _____年 月 日 (日間)	
	入院した保険医療機関等	名称 所在地	_____

市区町村長が証明する欄	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。
	_____、_____、_____、 _____、_____、_____、
	市区町村長名 _____ 印

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、当該事実を公募等によって確認することができるときは、省略できる。

上記のとおり関係書類を添えて限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

平成 年 月 日 [申請者] _____

住所 _____

氏 名 _____ (印)

連絡先(電話番号) _____

大雪地区広域連合長 様