

様式 10

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

(一般・退職本人・退職扶養)
 (前期高齢者：1割)
 年 月 日

被保険者証記号番号		国札		_____	
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	年 月 日生	
対象者	氏名		生年月日	年 月 日生	
	世帯主との続柄		長期入院	非該当	
区分	申請日の前1年間の入院期間(日数)		入院をした保健医療機関等		
①	年 月 日から	日間	名称		
	年 月 日まで		所在地		
②	年 月 日から	日間	名称		
	年 月 日まで		所在地		
③	年 月 日から	日間	名称		
	年 月 日まで		所在地		
④	年 月 日から	日間	名称		
	年 月 日まで		所在地		
⑤	年 月 日から	日間	名称		
	年 月 日まで		所在地		

課税・非課税区分判定欄	課税・非課税(低所得者Ⅰ, 低所得者Ⅱ)	確認印	
-------------	----------------------	-----	--

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。