様式第１０号（第１０条関係）

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

大町市長　殿

年　　月　　日

申請者（世帯主）

住　所

氏　名

個人番号

電　話

窓口に来た方
※ 世帯主の場合、記入は不要です。

氏　名

世帯主との続柄

下記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。
なお、世帯主及び世帯員のうち国保加入者全員の課税の状況について、調査することに同意します。

被保険者記号・番号	・		１．一般　２．退職本人　３．退職家族	
限度額適用減額対象者	氏　名		世帯主との続柄	
	生年月日	年　　月　　日		
	個人番号			
長期入院（90 日以上）	該　当　・　非該当		交通事故等の第三者行為	有　・　無

ここから下は、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）
	入院をした保険医療機関等	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）
	入院をした保険医療機関等	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）
	入院をした保険医療機関等	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）
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
⑤	申請日の前１年間の入院期間（日数）	年　月　日から 年　月　日まで	（　　日間）
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	

市処理欄	本人確認 交付№ 適用区分