

様式第17号(第16条関係)

国民健康保険 限度額適用
 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	
世帯主 (申請人)	住所			
	氏名	生年月日	年 月 日	男・女
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄	個人番号		
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		

年 月 日

市長 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及び世帯に属する被保険者に _____ 年度の市民税が課されないことを証明する。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 鶴ヶ島市長 印
--------------	---

備考 「市長が証明する欄」は、保険者が市長であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。