第１８号様式（第１６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

被保険者記号・番号		島 83－											
申請者（世帯主）	住　所	大熊町大字　　字											
	氏　名							生年月日		年　月　日			
	個人番号												
対象者	氏　名							生年月日		年　月　日			
	個人番号												
	世帯主との続柄			電話番号									
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	

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及びその世帯に属する被保険者に＿＿＿年度の町県民税が課されないことを証明する。＿＿＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿＿＿、 年　月　日　　大熊町長＿＿＿＿＿＿＿＿

備考　「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村にあって、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。

市町村処理欄				
窓　口	受付者	本人確認	個人番号確認	証の発行
□本　庁　□会　津 □いわき　□中通り □郵送				
発行（却下）年月日	年　月　日	有効期限年月日	年　月　日	