

様式第7号(第13条、第14条、第14条の2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		個人番号	
減額対象者	氏名	生年月日	年 月 日 男・女
世帯主との続柄		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	
上記のとおり申請します。 <div style="text-align: center;"> 年 月 日 〒501- 住所 郡上市 世帯主 氏名 個人番号 電話番号 郡上市長 様 </div>			

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その世帯に属する被保険者に _____年度の市民税が課税されないことを証明する。 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 <div style="text-align: right;">岐阜県郡上市長 印</div>
--------------	--

備考 「市長が証明できる欄」は、当該事実を公簿等によって確認する事ができるときは省略できる。