



課長	補佐	係長	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

届出者名		本人との関係		連絡先電話番号	
------	--	--------	--	---------	--

被保険者記号・番号		奄美一				
世帯主	住所	奄美市				
	氏名		生年月日	昭・平・令	年 月 日	
	個人番号					
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭・平・令	年 月 日	
	個人番号		所得区分			
	世帯主との続柄			納税		
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為	有・無	確認	期限～ /	
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)	令和	年	月	日から	
		令和	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)	令和	年	月	日から	
		令和	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)	令和	年	月	日から	
		令和	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)	令和	年	月	日から	
		令和	年	月	日まで 日間	
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				

令和 年 月 日

市長が 証明する欄	上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 年度の市民税が課せられていないことを証明する 奄美市長 印
--------------	---

備考 「市長が証明する欄」は、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。〔現有公簿により確認済み ㊟〕