様式第14号の(4)（第18条の２関係）
宛先　滑川町長

国民健康保険 限度額適用標準負担額減額 認定申請書

申請認定種類	７０歳未満		限度額適用
			限度額適用・標準負担額減額（非課税世帯）
	７０歳以上		限度額適用・標準負担額減額

被保険者証	記号・番号	滑 国 ・	令和　　年　　月　　日 申 請	
世　帯　主	氏　　名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
	個 人 番 号			
	住　　所	埼玉県比企郡滑川町		
認定対象者	氏　　名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和
	個 人 番 号			
	世帯主との続柄			
長 期 入 院	過去１年間に合計して９０日以上の入院期間が　…　**有る　・　無い**			

①	申請日の前１年間の入院期間（日数）又は入院予定日	令和　　年　　月　　日から入院中・入院予定	
	入院をした保険医療機関等又は入院予定の保険医療機関	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____年度の市(区)町村税が課されないことを証明する。 世 帯 主 _____ 世帯内の 被保険者 _____、_____、_____、_____ 市区町村長名　　印

［備 考］上記「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認できる時は、省略できる。

【職員記載欄】

判　定	70歳以上・70歳未満（ ア イ ウ エ オ ）	処　理	業務用(C/S)　・　連合会用(共電)