限度額適用

国民健康保険 標準負担額減額

限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者記号・番号 |  |
| 世帯主 | 住 | 所 |  |
| 氏 | 名 |  |  | 生年月日 | 　　　　年 | 　月 |  日 |  |
| 限度額適用 | 氏 | 名 |  |  | 個人番号 |  |
| 減額対象者 | 世帯主との続柄 |  | 生年月日 | 　　　　年 | 　月 |  日 |  |
| 長 | 期 | 入 | 院 | 該 | 当 | ・ | 非 | 該 | 当 | 交通事故等の第三者行為 | 有 | ・ | 無 |
| 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） |  |  | 年 | 月 | 日 から |  | 日間 |
|  | 年 | 月 | 日 まで |
| 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 |  | 日間 |
|  | 年 | 月 | 日 まで |
| 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 |  | 日間 |
|  | 年 | 月 | 日 まで |
| 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 |  | 日間 |
|  | 年 | 月 | 日 まで |
| 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 |  | 日間 |
|  | 年 | 月 | 日 まで |
| 入院をした保険医療機関等 | 名 | 称 |  |
| 所在地 |  |

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

# 住 所

 年 月 日

　世帯主名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　個人番号

（申請者）

　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　男鹿市長殿

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 処理欄 | 認定等 | イ 市町村民税非課税証明書 | 受付番号（第 | 号) |
| ロ 保護申請却下通知書 | 交付番号（第 | 号) |
| ハ 公簿 （ | ) | 認定等年月日 |  |
| ニ 却下 （理由 | ) |  年 月 | 日 |
| 差額支給 有 ・ 無 | 食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号（第 | 号） |

限度額適用

**記載例**

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 |  |
| 世帯主 | 住 | 所 |  |
| 氏 | 名 |  |  | 生年月日 | 　　　　年 | 　月 |  日 |  |
| 限度額適用 | 氏 | 名 |  |  | 個人番号 |  |
| 減額対象者 | 世帯主との続柄 |  | 生年月日 | 　　　　年 | 　月 |  日 |  |
| 長 | 期 | 入 | 院 | 該 | 当 | ・ | 非 | 該 | 当 | 交通事故等の第三者行為 | 有 | ・ | 無 |
| ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。↑　太枠内を記入し、該当する方を丸で囲んでください。・「長期入院」とは申請する以前1年間に90日を超えて入院した場合です。　該当する場合は、入院期間や病院名を記載してください。・交通事故等の第三者の行為による負傷等で治療した場合は、別途手続きが必要となります。 | 入院日数合計（ |  | 日間） |
| ① | 申請日の前１年間の入院期間（日数） |  |  | 年 | 月 | 日 から |  | 日間 |
|  | 年 | 月 | 日 まで |
| 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 |  | 日間 |
|  | 年 | 月 | 日 まで |
| 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 |  | 日間 |
|  | 年 | 月 | 日 まで |
| 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 |  | 日間 |
|  | 年 | 月 | 日 まで |
| 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）**↓太枠内を記入してください。** |  |  | 年 | 月 | 日 から |  | 日間 |
|  | 年 | 月 | 日 まで |
| 入院をした保険医療機関等 | 名 | 称 |  |
| 所在地 |  |

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

年 月 日

住所

　世帯主名

　（申請者）　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号

　電話番号

　※処理欄省略