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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | | | | | 島６０ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主 | | | 住 | 所 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 | 名 |  | | | | | | | | | | 生年月日 |  | | | |  |
| 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 |  | | | |  |
| 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

（申請者）電話番号

西郷村 殿

# 個人番号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） |