|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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** |  |

長和町長　様

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者（世帯主） |  | 窓口に来た方 |
| 住所 | 　長和町 |  | ※ 世帯主の場合、記入は不要です。 |
| 氏名 |  |  | 氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 世帯主との続柄 |  |
| 電話 |  |  |  | 　 |

下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。

なお、世帯主及び世帯員のうち国保加入者全員の課税の状況について、調査することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者証の記号番号 | ・ |
| 限度額適用減額対象者 | 氏名 |  | 世帯主との続柄 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 長期入院（90日以上） | 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　　　　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 |  |

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* 以下、市町村自由使用欄 \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*