|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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 \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*