

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書

※原則として国民健康保険税に未納がある世帯には、限度額適用認定証は交付できません。
 ※高齢受給者証をお持ちの70歳以上の方は、住民税非課税世帯又は一部負担金の割合が3割の方が対象となります。(世帯の課税所得が690万円以上の方を除く)

被保険者証記号番号		いいだ <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	申請日	令和 年 月 日
(申請者) 世帯主	住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 電話 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	氏名	<input type="text"/>	生年月日	年 月 日 男・女
	個人番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
※世帯主以外の方が来庁された場合のみ記入 代理人	住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 電話 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	氏名	<input type="text"/>	生年月日	年 月 日 男・女
限度額適用 減額対象者 受診される方	氏名	<input type="text"/>	生年月日	年 月 日 男・女
	個人番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
認定証を郵送する場合の送付先		・世帯主住所 ・下記の病院 ・ ()		
①	入院中または入院予定の保険医療機関等	名称		
	今回の入院(予定)期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
※交通事故等(第三者行為)による傷病ですか?		はい ・ いいえ		
※長期入院該当:住民税非課税世帯のみ(対象認定区分:「オ」又は「II」)				
過去12ヶ月以内の認定期間中に入院日数が90日以上ありましたか?		はい ・ いいえ		
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)		
②	入院をした保険医療機関等	名称		
	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
③	入院をした保険医療機関等	名称		
	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	

上記のとおり関係資料を添えて認定証の交付を申請します。
 なお、世帯主及び国保加入者全員の課税状況について、調査することに同意します。

飯田市長 殿

事務 処理 欄	世帯主	身元	1号書類 個人番号カード 免許証 その他()	本人申告 別紙
		番号	2号書類(2点以上) 保険証 高齢証 介護(左との組合せで可) 診察券 キャッシュカード 年金手 限度額 その他() 通帳 社員証 その他()	
	代理人	身元	1号書類 個人番号カード 免許証 その他()	本人申告 別紙
		代理権	2号書類(2点以上) 保険証 高齢証 介護(左との組合せで可) 診察券 キャッシュカード 年金手 限度額 その他() 通帳 社員証 その他()	
		法定代理人【戸籍 住基 成年後見人 ()】備考	確認者	

新規	更新	長期	再交付
負担区分(70歳未満)	ア・イ・ウ・エ・オ		
負担区分(70~74歳)	現役II・現役I・II・I		
発効年月日	年 月 日		
有効期限	年 月 日		
長期入院該当年月日	年 月 日		
証交付	年 月 日		