

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" value="1"/> <input type="text" value="2"/> - <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>		申請日	令和 2年 8月 1日	
(申請者) 世帯主	住所	〒395 - 8501 飯田市大久保町2534番地		電話	0265 - 22 - 4511	
	氏名	飯田 太郎		生年月日	昭和45年 1月 1日 <input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 3 2 1				
※世帯主以外の方が来庁された場合のみ記入	住所	〒395 - 8501 飯田市大久保町2534番地		電話	0265 - 22 - 4511	
代理人	氏名	飯田 花子		生年月日	昭和45年 2月 1日 <input type="radio"/> 男・ <input checked="" type="radio"/> 女	
限度額適用 減額対象者 受診される方	氏名	飯田 太郎		生年月日	昭和45年 1月 1日 <input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 3 2 1				
認定証を郵送する場合の送付先		<input checked="" type="radio"/> 世帯主住所 <input type="radio"/> 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	飯田市立病院			
	今回の入院(予定)期間(日数)	令和 2年 8月 5日から 令和 2年 8月 15日まで 11日間				
※交通事故等(第三者行為)による傷病ですか?		<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> 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」)		<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ				
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?						
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 (121 日間)				
②	入院をした保険医療機関等	名称	飯田市立病院			
	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 2年 2月 1日から 令和 2年 3月 31日まで 60日間				
③	入院をした保険医療機関等	名称	飯田市立病院			
	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 2年 5月 1日から 令和 2年 6月 30日まで 61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	個人番号カード 通知カード 住基 その他()		
		代理権	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			