認定申請書

国民健康保険

限度額適用

標準負担額減額

し県民税

完　　・　　未

※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）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者記号番号いいだ |  | 申請日 | 令和　　年　　月　　日 |
| （申請者）**世　帯　主** | 住　所 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　－　　　－ |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 大 ・ 昭平 ・ 令 | 　　　　　年　 月 　 日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **※世帯主以外の方が来庁された場合のみ記入**代　理　人 | 住　所 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　－　　　－ |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 大 ・ 昭平 ・ 令　 |  年　 月 　日 |
| 限度額適用減額対象者**受診される方** | 氏　名 |  | 生年月日 | 大 ・ 昭平 ・ 令　 |  年　　月　　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 認定証を郵送する場合の送付先 | ・世帯主住所　・下記の病院　・（　　　　　　　） |
|  | 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90日を超える入院がありましたか？ |  |
| 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）** |
|  | 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 |
|  | 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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 新規 | 更新 | 長期 | 再交付 |

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　　個人番号ｶｰﾄﾞ　　免許証　　その他(　　　　　　) | 本人申告　別紙 |
|
| 2号書類（2点以上） 保険証　介護　年金手限度額　その他(　　　　　)　資格確認書 | (左との組合せで可) 　診察券　ｷｬｯｼｭｶｰﾄﾞ　通帳　　社員証　　その他(　　　　　) |
|
|
| 番号 | 個人番号ｶｰﾄﾞ　　通知ｶｰﾄﾞ　　住基　　その他(　　　　　　　　　　　　　　　) |
| **対象者**番号　　個人番号ｶｰﾄﾞ　　通知ｶｰﾄﾞ　　住基　　その他(　　　　　　　　　　　　　　　) |
| **代理人** | 身元 | 1号書類　　個人番号ｶｰﾄﾞ　　免許証　　その他(　　　　　　) | 本人申告　別紙 |
| 2号書類（2点以上） 保険証　介護　年金手限度額　その他(　　　　　)　資格確認書 | (左との組合せで可) 　診察券　　ｷｬｯｼｭｶｰﾄﾞ　通帳　　社員証　　その他(　　　　　) |
| 代理権 | 法定代理人【戸籍 住基　 成年後見人　(　　　　　　)】委任状主の1・2号書類(　　　　　) | 備考 | 確認者 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |