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 |