

国民健康保険 限度額適用 認定申請書
標準負担額減額

※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 <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	〒 — 電話 — —		
	氏名	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日
	個人番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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	〒 — 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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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)	
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 介護 年金手 (左との組合せで可) 診察券 キャッシュカード 限度額 その他() 資格確認書 通帳 社員証 その他()	
	対象者	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 委任状 主の1・2号書類()	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			