

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	平成 年 月 日
(申請者) 世帯主	住所	〒 - 電話 - -		
	氏名	生年月日	大・昭・平 年 月 日	男・女
	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 年 月 日	男・女
限度額適用 減額対象者 受診される方	氏名	生年月日	昭・平 年 月 日	男・女
	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)	平成 年 月 日から 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 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
		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()		
	番号	個人番号カード [*] 通知カード [*] 住基 その他()		
	対象者番号	個人番号カード [*] 通知カード [*] 住基 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	
	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		
代理権	委任状 主の1・2号書類()			

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	平成 年 月 日		
有効期限	平成 年 月 日		
長期入院 該当年月日	平成 年 月 日		
証交付	平成 年 月 日		