

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 1 2 — 3 4 5 6				申請日	平成30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	大・昭・平 45年 1月 1日		男・女 男					
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	3	2
※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	大・昭・平 48年 2月 1日		男・女 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・平 45年 1月 1日		男・女 男					
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	3	2
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		飯田市立病院							
	今回の入院(予定)期間 (日数)		平成 30年 8月 6日 から 平成 30年 8月 15日 まで		10 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」)						はい ・ 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 (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	
		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	1号書類 個人番号カード [*] 免許証 その他()		本人申告 別紙	
		代理権	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	

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