限度額適用

国民健康保険　　　標準負担額減額　　　認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証 | 記　号 | 島９３ | | | | | | | | | 番　号 | | | | |  | | |
| 世　帯　主 | 住　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | | | | | 性　別 | 男・女 |
| 個人番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 限度額適用  減額対象者 | 氏　名 |  | | | | | | | | | | | | | | | 性　別 | 男・女 |
| 個人番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 世帯主との続柄 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 長期入院 | 該当・非該当 | | | | | 91日目該当日 | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | |
| 種　　類 | 一般　・　退職本人　・　退職扶養 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所得区分 | ア・イ・ウ・エ・オ・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・現役並みⅠ・現役並みⅡ | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） |
| 1 | 申請日の前１年間の入院日数 | 年　　月　　日から  　　年　　月　　日まで　　　　　　　　　　　　　　　日間 | | |
| 入院をした保険医療機関等 | 名称 |  | |
| 所在地 |  | |
| 2 | 申請日の前１年間の入院日数 | 年　　月　　日から  　　年　　月　　日まで　　　　　　　　　　　　　　　日間 | | |
| 入院をした保険医療機関等 | 名称 |  | |
| 所在地 |  | |
| 3 | 申請日の前１年間の入院日数 | 年　　月　　日から  　　年　　月　　日まで　　　　　　　　　　　　　　　日間 | | |
| 入院をした保険医療機関等 | 名称 |  | |
| 所在地 |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額の減額を申請します。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　〒  　　　　　　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　世帯主　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　個人番号  　伊達市長   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　-　　　　- |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付担当者記入欄 | | | |
| 窓口受付  担当者印 |  | 窓口に来られた方 | 確 認 書 類 |
| 世帯主・同一世帯員  それ以外の方（要委任状） | 免許証・パスポート・個人番号カード・保険証  　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |