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 | (枝番)　　　　　 |
| 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 |

|  |  |
| --- | --- |
| 91日以上の入院がある住民税非課税世帯の方は、ここから下も記入してください。 | 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　　　　　　　　　　　　個人番号　伊達市長

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　-　　　　- |

※死亡者の個人番号の記載は不要であり、記載がなくても有効な申請となります。

|  |
| --- |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |