様式第13号（第11条関係）

　　　国民健康保険　限度額適用・標準負担額減額認定申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 減額対象者 | | 被保険者記号・番号 | | | | | | | 姶国・ | | | | | | | | | | | | | 適用区分 | | ７０歳未満 | □　低所得世帯  □　低所得  （長期該当）世帯  □　一般世帯  □　上位所得世帯 |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | 世帯主との続柄 | | | | | |  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  | | |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | 高齢受給者 | □　低所得Ⅰ世帯  □　低所得Ⅱ世帯  □　低所得Ⅱ  （長期該当）世帯 |
| 資格区分 | 一般　　　　退職　　　　一般・高齢 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 長期入院 | | 該当　・　非該当 | | | | | 交通事故等の第三者行為 | | | | | | | | | | 有　・　無 | | | | | |  | | |
| ① | 申請日から１年前の間の入院期間（日数） | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日から | | | | | | | | | | | 日間 | | 医療機関印 | |
| 年　　　月　　　日まで | | | | | | | | | | |  | |
| 入院をした保険医療機関等 | | | | | 名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| ② | 申請日から１年前の間の入院期間（日数） | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日から | | | | | | | | | | | 日間 | | 医療機関印 | |
| 年　　　月　　　日まで | | | | | | | | | | |  | |
| 入院をした保険医療機関等 | | | | | 名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| ③ | 申請日から１年前の間の入院期間（日数） | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日から | | | | | | | | | | | 日間 | | 医療機関印 | |
| 年　　　月　　　日まで | | | | | | | | | | |  | |
| 入院をした保険医療機関等 | | | | | 名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 入院日数　合計　（　　　　日）　長期入院該当日（　　　　年　　　　月　　　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。  　　　　　　年　　　月　　　日  住　　所　姶良市  世帯主  氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   個人番号  　　　姶良市長　　　　　　　殿 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| この申請に係る世帯の世帯主及び被保険者全員に対する高額療養費の所得区分、国民健康保険税の収納状況を確認しました。  確認者　　　　　　　　㊞・公簿　　　　　　　㊞ | 国保税収納状況 | 受付印 | 発効期日 | 認定証受領印 |
| □　滞納なし |  | ・　　・ |  |
| □　滞納あり  　・分納履行中  　・誓約履行中  　・特別の事情あり |
| 有効期限 | 認定証交付年月日 |
| ・　　・ | ・　　・ |

上記の申請について、認定してもよろしいか。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁欄 | | | | 決裁年月日 | ・所定の欄をご記入ください。  ・姶良市国保税の納付状況によっては、認定証の発行が認められない場合があります。  ・この証の発行を受けたときは、速やかに保険医療機関の窓口に提示してください。  ・転院などを含め、入院日数が過去12か月の間に90日を超えたときは、認定証の差し替えが必要となりますので、既に発行を受けている認定証とその旨の証明できる領収証などを添えて、手続きを行ってください。 |
| 課　長 | 課長補佐 | 係　　長 | 係 |  |
|  |  |  |  |