

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	始国・										適用区分	70歳未満 高年齢受給者	<input type="checkbox"/> 低所得世帯	
	氏名						世帯主との続柄							<input type="checkbox"/> 低所得 (長期該当)世帯	
	生年月日	年 月 日												<input type="checkbox"/> 一般世帯	
	個人番号														<input type="checkbox"/> 上位所得世帯
	資格区分	一般 退職 一般・高齢												<input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ世帯	
												<input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ世帯			
												<input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ (長期該当)世帯			

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 始良市 _____

世帯主

氏名 _____ ㊟

個人番号 _____

始良市長 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。	国保税収納状況	受付印	発効期日	認定証受領印
	<input type="checkbox"/> 滞納なし		・	
	<input type="checkbox"/> 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	
確認者 ㊟・公簿 ㊟			・	・

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
課長	課長補佐	係長	係	

- ・所定の欄をご記入ください。
- ・始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て提示してください。
- ・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。