

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

| | | | | | | |
|--|-------------------|------------------------------------|--|------|-------------|-----|
| 被保険者証記号番号 | | 滋守 | | | | |
| 対象者 | 氏名 | | | 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | 男・女 |
| | 世帯主との続柄 | | | 個人番号 | | |
| 長期入院 | 該当・非該当 | ※低所得世帯で過去12ヶ月の入院日数が91日以上の場合は長期入院該当 | | | | |
| 入院期間欄は低所得世帯で長期入院該当者の場合のみ記入してください。 | | | | | | |
| ① | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日から 年 月 日から | | | 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年間の入院期間(日数) | 年 月 日から 年 月 日から | | | 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年間の入院期間(日数) | 年 月 日から 年 月 日から | | | 日間 | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | |
| 限度額適用 上記のとおり国民健康保険 標準負担額減額 認定証の交付を申請します。 限度額適用・標準負担額減額 | | | | | | |
| なお、認定にあたり、世帯主および世帯員(国民健康保険被保険者の世帯員に限る。)の課税台帳を閲覧することに同意します。 | | | | | | |
| 令和 年 月 日 守山市長 様 | | | | | | |
| 申請者(世帯主)の住所: 守山市 氏名: 個人番号: 電話番号: () | | | | | | |

点線以下、市記入

| | | | | |
|-----------|--------------------------|------------|---------------|----|
| 発効期日 | 令和 年 月 日 | 来庁者 | 本人(保険証) | 受付 |
| 適用区分 | ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ | | 同世帯・別世帯(委任状) | |
| 長期入院該当年月日 | 令和 年 月 日 | 身分確認(本人以外) | 住・免・マ 他() | |