国民健康保険限度額適用認定申請書

郵便申請用

新　　規

継　　続

長期認定

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 適用認定  対象者 | | 記号番号 |  | | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  | | 生年月日 |  | | | | | | | | | | | |
| ここから下は**長期入院（申請日の前1年間の入院日数が合計90日以上）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～　 　年　 月　 日（　　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～　 　年　 月　 日（　　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～　 　年　 月　 日（　　日間） | | | | | | | | | | | | | |
| 入院をした保険医療機関等 | | | 名称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | |
| ④ | 申請日の前１年間の入院日数 | | | 年　 月　 日～　 　年　 月　 日（　　日間） | | | | | | | | | | | | | |
| 入院をした保険医療機関等 | | | 名称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | |
| 滑川市長　様  上記のとおり申請します。  　　令和　　 年　　 月　　 日  住所　滑川市  世帯主　　氏名  　　　　 　　　個人番号  　　　　 　　（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市　　処　　理　　欄 | 適用区分 | | | □ア　□イ　□ウ　□エ　□オ | 長期入院 | □該当　□非該当 | | | |
| □低Ⅰ　□低Ⅱ　□現Ⅰ　□現Ⅱ | 保険種別 | □一般　□退本　□退扶 | | | |
| 交付方法 | | | □窓口　■郵送 | 課税確認 | | □公募　□税務課に照会 | | |
| 本 人 確 認 | １点 | | □運転免許証 □個人番号カード □パスポート □在留カード □住基カード(写真有)  □身体障害者手帳等 □官公署の身分証明書・免許証・許可証(写真有) | | | | | |
| 複 数 | ① | □被保険者証 □介護被保険者証 □年金手帳 □年金証書 □住基カード(写真無) □その他(　　　　 ) | | | | | |
| ② | □学生証 □法人の身分証明書 □官公署の資格証明書(写真有) □その他(知人・聞取り　　　　　　 ) | | | | | |
| ※複数書類の場合は「①が２つ」又は「①１つ＋②１つ」が必要 | | | | | | | |
| 備考 | | □委任状（届出者と適用認定対象者が別世帯の場合） | | | | | 受 付 印 |  |

市民課医療保険係