

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

限度額適用 標準負担額減額

(宛先)大村市長 様
下記のとおり申請します。

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------|------|-----|---|---|----|---------|----------------------|----------|---|---|---|--|
| 届出日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 記号 | 大村 | 番号 | | | | | |
| 世帯主 | 住所 | 大村市 | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 | 歳 | |
| | 氏名 | | | | | 電話番号 | — — | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| 対象者① | フリガナ | | | | | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 | 歳 | |
| | 氏名 | | | | | 世帯主との続柄 | 本人 ・ 妻 ・ 子 その他() | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | *長期入院 | | 該当 ・ 非該当 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 対象者② | フリガナ | | | | | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 | 歳 | |
| | 氏名 | | | | | 世帯主との続柄 | 本人 ・ 妻 ・ 子 その他() | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | *長期入院 | | 該当 ・ 非該当 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

※太枠の中を記入してください。 *過去1年間に91日以上入院

◆マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額が適用されるため、限度額適用認定証の事前申請は不要となります(国民健康保険税に未納がある場合などを除く)。ただし、区分「オ」「低Ⅱ」の方で過去12か月以内に90日を超えて入院されたとき、食事代の減額を受けることができますが、その適用を受けるためには必ず申請してください。

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------|---------------------------------|-----|-------------|------------------------------------|----|----|------|--|--|--|
| | 滞 納 | 有 ・ 無 | ※職員処理欄 | | | | | | | | | | |
| 適用区分 | ア | イ | ウ | エ | オ | | | | | | | | |
| | 課税：901万円越 | 課税：600万円越 901万円以下 | 課税：210万円超 600万円以下 | 課税：210万円以下 | 非課税 | | | | | | | | |
| 前高 | 現役Ⅱ | 現役Ⅰ | 低Ⅱ | 低Ⅰ | | | | | | | | | |
| 長期該当日(91日目) | | 令和 | 年 | 月 | 日 | 長期適用日(翌月1日) | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | |
| (1) | 申請日の前1年間の入院期間 | 年 月 日 | | | | ～ | 年 月 日間 | | | | | | |
| | 入院をした医療機関等 | 名称 | | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | | | |
| (2) | 申請日の前1年間の入院期間 | 年 月 日 | | | | ～ | 年 月 日間 | | | | | | |
| | 入院をした医療機関等 | 名称 | | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | | | |
| (3) | 申請日の前1年間の入院期間 | 年 月 日 | | | | ～ | 年 月 日間 | | | | | | |
| | 入院をした医療機関等 | 名称 | | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | | | |
| 備 考 | | | | | | | | | | | | | |
| 認定証申請人 本人確認 | | | | 認定証申請人(別世帯)本人確認 | | | | 受付 | 確認 | 区分変更 | | | |
| <input type="checkbox"/> 世帯主 | <input type="checkbox"/> 被保険証 | <input type="checkbox"/> 旧認定証 | 対象者との関係 () 氏名() | | | | <input type="checkbox"/> 被保険者証 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 世帯員 | <input type="checkbox"/> マイナンバーカード | | | | | | <input type="checkbox"/> マイナンバーカード | | | | | | |
| 続柄 妻・子・() | <input type="checkbox"/> 運転免許証 | | | <input type="checkbox"/> 運転免許証 | | | | | | | | | |
| 氏名() | <input type="checkbox"/> その他() | | | <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | |