

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

(宛先) 茅野市長

年 月 日

申請者 (世帯主)

窓口に来られた方 (世帯主以外は記入)
※別世帯の場合は委任状が必要な場合があります。

住 所 _____

↓世帯主と同住所はチェックで省略可

氏 名 _____

住 所 _____

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

氏 名 _____

電話番号 _____

電話番号 _____ 世帯主との続柄

◇限度額適用認定

保険証記号番号		茅・											
認定対象者	氏 名							性 別	男・女				
	生年月日	年 月 日			世帯主との続柄								
	個人番号												
傷病の原因は第三者行為 (交通事故等) によるものですか。								はい ・ いいえ					

◇標準負担額減額認定 (食事代)

住民税非課税世帯の方で、申請日以前 12 ヶ月間の入院日数が 90 日以上の方のみ記入ください。
入院の事実が確認できる書類 (領収書等) の添付が必要になります。

		入院した医療機関等	入院期間	日数
①	名 称		年 月 日から	日
	所在地		年 月 日まで	日
②	名 称		年 月 日から	日
	所在地		年 月 日まで	日

※処理欄

処 理 欄	本 人 確 認	長 期 認 定 日	証 交 付	受 付
	個人番号カード・通知カード・免許証 旅券・在留カード・保険証・年金手帳 通帳・診察券・その他 ()	年 月 日	<input type="checkbox"/> 窓口	
		差 額 申 請 該 当	<input type="checkbox"/> 郵送	
		あり (別紙記入) ・ なし	/	