

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 | | | | | | | | | | | | | |
| | 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

| 本 人 確 認 | 納付状況 | 長 期 認 定 日 | 証交付 | 受付 |
|---|-----------------------------|----------------|-----------------------------|----|
| 個人番号カード・免許証・在留カード 旅券・保険証・年金手帳・障害手帳 通帳・診察券・その他 () | <input type="checkbox"/> 完納 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 窓口 | |
| | <input type="checkbox"/> 未納 | 差額申請該当 | <input type="checkbox"/> 郵送 | |
| | | あり (別紙記入) ・ なし | / | |