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。

　　　　↓世帯主と同住所はチェックで省略可

住　所

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（　　　　　　） | □完納□未納 | 　　　年　 　月　 　日 | □窓口□郵送　　/ |  |
| 差額申請該当 |
| あり（別紙記入）・ なし |