

限度額適用・標準負担額減額

被保険者証	記号	鶴国	番号	一般・退本・退扶
世帯主 (申請人)	住所			
	氏名	生年月日	年 月 日	男・女
対象者	氏名	生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄	個人番号		
長期入院	該当・非該当	電話番号		

①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日から 年 月 日まで	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年間の入院期間 (日数)	年 月 日から 年 月 日まで	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年間の入院期間 (日数)	年 月 日から 年 月 日まで	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年間の入院期間 (日数)	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	
⑤	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	

年 月 日

市長 が証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に 属する被保険者に 年度の市民税が課されないことを証明する。 _____、 _____、 _____、 鶴ヶ島市長 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>
--------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

備考 「市長が証明する欄」は、保険者が市長であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

上記申請のとおり認定したので、① 限度額適用(ア・イ・ウ・エ) ・ ② 標準負担額減額  
③ 限度額適用・標準負担額(オ) 認定証を交付するものです。

発効期日 令和 年 月 日 有効期限 令和 年 月 日まで

- 番号確認 個カ・通カ・住票・住基・その他 ( )
- 本人確認 ①個カ・免許・パス・官公署 ( ) その他 ( )  
②保証・学証・社証・年手・公領・その他 ( ) ・ 個人番号職権記載
- 公簿(申告状況・資格)確認  滞納(有・無)の確認
- 発行期日の確認 (限度額:申請月の1日から)、(長期該当:申請月の翌月1日から)
- 非課税世帯(オ)の方へ、90日以上入院の長期該当について説明をした
- 長期該当申請(非課税世帯)の際様式23号「国民健康保険食事療養費標準負担額減額支給申請書」受領  
※長期申請日から月末まで(長期該当月の前月末)の間、90日を超えている入院の食事が対象

取扱者