

国民健康保険限度額適用

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

|       |          |      |      |           |
|-------|----------|------|------|-----------|
| 被保険者証 | 記号       | 鶴 国  | 番号   |           |
| 世 帯 主 | 住所       | 鶴ヶ島市 |      |           |
|       | 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        |  |  |

上記のとおり、関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額の減額認定を申請します。

年 月 日 住所 鶴ヶ島市  
世帯主氏名  
個人番号

- 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
- 所得区分 現役並みⅠ・現役並みⅡ 低Ⅰ・低Ⅱ  (非課税世帯) 90日以上入院の長期該当の説明をした  
発効期日 令和 年 月 日 有効期限 令和 年 月 日まで
- 長期該当の際に様式 23 号「国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額支給申請書」受領(認定証は申請日翌月)から  
※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