限度額適用

国民健康保険　　　　標準負担額減額　　　　認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者記号番号 | 南幌 | ※太枠内を記入して下さい。 |
| 世 帯 主 | 住 所 | 南幌町南 線西 番地 | 南幌町 丁目 番　 号 |
| 氏 名 |  |  | 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | 男女 |
| 限度額適用減額対象者 | 氏 名 |  | 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | 男女 |
| 個人番号 |  |
| 世帯主との続柄 |  |  |
| 長 期 入 院 | 該 当 ・ 非 該 当 |
| ① | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 令和 年 月 日から令和 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) | 令和 年 月 日から令和 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) | 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間 |
| 入院をした保険医療機関等 | 名 称 |  |
| 所在地 |  |

|  |
| --- |
|  上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 申請者 住 所 　南幌町　南 線西 番地(居住地) 南幌町 丁目 番　 号 　　氏 名 　　 印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
|  私は、認定の際の課税状況確認にあたり、私と私の同一世帯員の住民税課税台帳を担当職員が閲覧することに同意します。 令和 年 月 日 　　　　世帯主氏名 　　　 印 |
| 町処理欄 | 課長 |  | 主幹 |  | 担当 |  |  |  |  |  |  |
| 認　　定 | 70歳未満　 ア・イ・ウ・エ・オ70歳以上　 低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ | 確　　認 | １　公簿　２　非課税証明書３　その他（　　　　　 　） | 却　　下 | 理由 |
| 交付年月日 | 　　　年　　月　　日 | 発効期日 | 　　　年　　月　　日 |
| 有効期限 | 　　　年　　月　　日 | 長期入院（　　日目） | 　　　年　　月　　日 |
| 長期該当年月日 | 年　　月　　日 | 差額支給 | 有　・　無 |
| 備考 |  |