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（枝番） | | | | 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 | | | | 年 月 日 |
| 限度額適用  減額対象者 | | 氏 名 | |  | | | | 生年月日 | | | | 年 月 日 |
| 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) | | | | | 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 | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 上記のとおり申請します。  　　 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  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。  　　 年 月 日  　　　　世帯主氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 町処理欄 | 課長 | |  |  | |  |  |  | | | |  |  | |  | |  | |  | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |