| 課長 | 主幹 | 課長補佐 | 係長 | 担当 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

# 国民健康保険 限度額適用 / 標準負担額減額 / 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者証記号番号 | | 与　・ | | 電話番号 | ―　― |
| 世帯主（届出人） | 住所 | 与謝野町字 | | | |
| | 氏名 | 印 | | 生年月日 | 大・昭・平・令　年　月　日 |
| | 性別 | 男・女 | 個人番号 | | |
| 限度額適用減額認定証交付対象者 | 氏名 | | | 生年月日 | 昭・平・令　年　月　日 |
| | 性別 | 男・女 | 個人番号 | | |
| | 世帯主との続柄 | | | | |
| ご病気以外の傷病（負傷、火傷、咬傷、食中毒など）原因： | | | | | |
| 長期入院 | 該当・非該当 | 第三者行為（ 有 ・ 無 ） | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | 申請日の前１年間の入院期間（日数） | 平・令　年　月　日から<br>平・令　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） | 平・令　年　月　日から<br>平・令　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） | 平・令　年　月　日から<br>平・令　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） | 平・令　年　月　日から<br>平・令　年　月　日まで　日間 | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | |
| | | 所在地 | |

令和　年　月　日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 世帯の町民税課税状況（国保被保険者のみ） | イ、課　税（　） | 交付年月日 | 令和　年　月　日 | 受付者 | 処理者 |
| | ロ、非課税（　） | 発効期日 | 令和　年　月　日 | | |
| | ハ、免　除 | 有効期限 | 令和　年　月　日 | | |
| | ニ、無申告 | 長期入院該当 | 令和　年　月　日 | | |