|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者記号・番号 | 　（枝番）　　 |
| 世帯主 | 住所 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 　　年　月　日 |
| 限度額適用減額対象者 | 氏名 |  | 個人番号 |  |
| 世帯主との続柄 |  | 生年月日 | 　　年　月　日 |
| 長期入院 | 該当・非該当 | 交通事故等の第三者行為 | 有・無 |
| ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。 | 入院日数合計(　　　日間) |
| 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 | 　 |

　上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

　年　　月　　日

住所

世帯主名

（申請者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号

電話番号

　　白河市長

　　　　　　　殿

|  |
| --- |
| マイナ保険証 (※)を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。* 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 処理欄 | 認定等 | イ　市町村民税非課税証明書ロ　保護申請却下通知書ハ　公簿　(　　　　　　　　　　　　　　)ニ　却下　(理由　　　　　　　　　　　　) | 受付番号(第　　　　　号)受付番号(第　　　　　号)認定等年月日　　年　　月　　日 |
| 差額支給　有・無 | 食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号(第　　　号) |
| 所得区分 | 　ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ　 |