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