

| | | | |
|----|----|----|-----|
| 課長 | 補佐 | 係長 | 係 員 |
| | | | |

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

次のとおり申請します。

小千谷市長 あて 令和 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|----------|------|--|--|--------|------|-------|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|
| 世帯主 | 住所 | 小千谷市 | | | | | | | | | | TEL | | | | |
| | 氏名 | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| 限度額適用 減額対象者 | 被保険者記号 | | 小千谷 | | 被保険者番号 | | 0 0 0 | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | 生年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | 世帯主との続柄 | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| 長期入院 | 該当 ・ 非該当 | | (長期該当：過去1年間の区分オまたはⅡとしての入院日数が90日を越える場合) | | | | | | | | | | | | | |

※マイナ保険証を利用すれば、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除され、限度額適用認定証は不要となります。
以下は長期該当者のみ記入してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ① | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日から 日間 年 月 日まで | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 日間 年 月 日まで | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 日間 年 月 日まで | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 日間 年 月 日まで | | | | | | | | | | | | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名 称 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|-------------|---------------------------------|---------|-----------------------------------|---|---|
| 処 理 欄 | 発効期日： 令和 年 月 日 | | 認定証の区別 | | 適用区分 |
| | 1 市民税非課税 2 却下(理由：) 3 その他 | 差 額 支 給 | <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 | | ア・イ・ウ・エ |
| | | 有 ・ 無 | | | 現役並みⅠ・Ⅱ |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 | Ⅰ ・ Ⅱ |
| 滞納 | 有・無 (資格者証・短期証 有・無) | | | 備考 | |