限度額適用認定証

国民健康保険　　　　　標準負担額減額認定証　　　　　交付申請書

限度額適用・標準負担額減額認定証

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者記号・番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主 | | | 住 | 所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 | 名 |  | | | | | | | | | | 生年月日 |  | | |  |
| 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 |  | | |  |
| 長 | 期 | 入 | 院 |  | 該 | 当 | | ・ | 非 | | 該 | 当 | |  | 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  年 | 月  月 | 日 から  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  年 | 月  月 | 日 から  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  年 | 月  月 | 日 から  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  年 | 月  月 | 日 から  日 まで | | 日間 | |
| 入院をした保険医療機関等 | | | | | | | | | 名 | 称 |  |  | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | |
| ⑤ | 申請日の前１年間の入院期間（日数） | | | | | | | | |  | |  | | 年  年 | 月  月 | 日 から  日 まで | | 日間 | |
| 入院をした保険医療機関等 | | | | | | | | | 名 | 称 |  |  | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | |

上記のとおり交付申請します。

# 年 月 日

住所

申請者氏名

個人番号

つがる市　様　　　　　　　　　　　　　　電話番号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 受付 |  |
|  |  |  |  |  |