

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

受付印

堺市 区長 殿

令和元年 5月15日

世帯主 住所 堺市堺区南瓦町3番1号

氏名 堺 太郎

電話番号 072 (228) 〇〇〇〇

限度額適用・標準負担額減額認定証

限度額適用認定証

次のとおり、標準負担額減額認定証の交付を申請します。

以後、認定に関し、課税台帳その他必要な公簿により確認されることに同意します。

| | | | | |
|----------------------------|---|--------------------------------|----------------|--|
| 被保険者証記号番号 | 堺国堺 (12) 345678 | | | |
| 限度額適用 減額対象者 | 氏名 | 堺 花子 | 世帯主との続柄 | 妻 |
| | 生年月日 | 昭和30年4月1日生 | 性別 | 女 |
| 長期入院 | <input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当 | | 保険区分 | <input checked="" type="radio"/> 一般・退職 |
| ※①から④欄は、長期入院該当者のみ記入してください。 | | | (入院日数合計 100日間) | |
| ① | 申請日の前1年間の入院日数 | 平成31年 2月 1日 ~ 平成31年 2月28日 28日間 | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | 医療法人A病院 | |
| | | 所在地 | 堺市堺区〇〇〇〇1丁△△ | |
| ② | 申請日の前1年間の入院日数 | 平成31年 3月 1日 ~ 令和元年 5月11日 72日間 | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | 医療法人B病院 | |
| | | 所在地 | 堺市南区〇〇〇〇2丁△番 | |
| ③ | 申請日の前1年間の入院日数 | 年 月 日 ~ 年 月 日 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年間の入院日数 | 年 月 日 ~ 年 月 日 日間 | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | | |
| | | 所在地 | | |

[堺市処理欄]

| | | | | | |
|---|------------------------------------|------|----------|------|---|
| 決 裁 日 | 令和 年 月 日 | 課 長 | 課長補佐 | 係 長 | 係 |
| 上記の申請について、認定し、限度額適用・標準負担額減額認定証 限度額適用認定証 標準負担額減額認定証を交付してよろしいか。 | | | | | |
| 市民税非課税確認方法 | 1. 市民税非課税証明書 2. 保護申請却下通知 3. 公簿 () | | | 適用区分 | |
| 認定証発効日 | 令和 年 月 日 | 有効期限 | 令和 年 月 日 | 受付 | |
| 長期該当発効日 | 令和 年 月 日 | 有効期限 | 令和 年 月 日 | 所管 | |