

国民健康保険

限度額適用
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

(あて先) 糸魚川市長

※太枠の中を記入してください。

| | | | | |
|---------------|-----------|----------|-----------|--------|
| ①申請者 (世帯主) | 申請日 | 令和 年 月 日 | 世帯主 氏名 | (個人番号) |
| | 世帯主 住所 | 糸魚川市 | | |

| | | | | | |
|----------------|--------|-------------|-------------|-------|-----------------------------|
| ②対象者 | 被保険者番号 | | 氏名 | | 続柄 |
| | | | □①と同じ | | □世帯主 □妻・夫 □子 □他() |
| | 生年月日 | | 昭・平・令 年 月 日 | | |
| マイナンバー 個人番号 | | 交通事故等の第三者行為 | | 有 ・ 無 | |

※適用は申請月の1日からです。前月以前の適用が必要な場合はお申し出ください。

| | | | | |
|------|----|----------------|----|----------------|
| ③届出人 | 氏名 | □①と同じ □②と同じ | 続柄 | □①と同じ □②と同じ |
| | 住所 | □①と同じ | 電話 | |

【本人確認】個・免・保・資・他()

※③届出人が別世帯の場合は、下記の④委任欄を記入してください。

| | | |
|------|---------------------------|----------|
| ④委任欄 | 認定証の申請・受領について下記のとおり委任します。 | |
| | 受任者 (③届出人) | 住所 氏名 |
| | 委任者 (①世帯主) | 氏名 |

(印) 自署の場合押印不要

◎長期入院該当の場合の入院履歴 (申請日の属する月以前の12月) ※確認書類 領収書・レセプト・他()

| 入院をした保険医療機関 | 入院期間 | 日数 |
|-------------|-----------------|----|
| 1 | 年 月 日から 年 月 日まで | 日間 |
| 2 | 年 月 日から 年 月 日まで | 日間 |
| 3 | 年 月 日から 年 月 日まで | 日間 |
| 4 | 年 月 日から 年 月 日まで | 日間 |
| 5 | 年 月 日から 年 月 日まで | 日間 |

| | | | | | |
|------|-----------------------|--|----------------------------|-----|----|
| 市処理欄 | 認定区分 | ア・イ・ウ・エ・オ (長期該当あり・なし) 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅰ・低Ⅱ (長期該当あり・なし) | □長期該当申請 (発行済) □食事差額申請案内 | | |
| | | 【所得確認】: 住民税連携、簡易申告、情報照会、所得証明、他() | 受付印 | | |
| | | 【交付日】 年 月 日 | 受付 | 交付 | 審査 |
| | | 【発効期日】 年 月 日 (発行年度 年) | 窓・郵・電 | 窓・郵 | |
| | 【長期該当】 年 月 1日 (□交付者印) | | | | |
| | 【有効期限】 年 月 日 | | | | |

■マイナ保険証を利用すると、限度額認定証の事前申請は不要で限度額までの支払いで済みます。マイナ保険証のご利用をおすすめします。