様式第８号の４

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

　　　年　　　月　　　日

長　井　市　長　　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人  (世帯主) | 住所 |  | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者  記号・番号 | | 長 | | | | | 区分 | | ア・イ・ウ・エ・オ  Ⅰ・Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ | | | | | | | | | | 長期  入院 | | | 該　当  非該当 | | 第三者行為 | 有  無 |
| 限度額適用減額対象者 | | 氏名 |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 個人  番号 |  |  |  |  | |  | |  |  | | |  |  |  | |  | |  | 世帯主と  の続柄 | |  | | |
| 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 | | | |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 市長が証明  する欄 | 下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者の　　　年度の市民税が課されないことを証明する。  　　　　　　　　　　　、　　　　　　　　　　　、　　　　　　　　　　　、  　　　　　　　　　　　、　　　　　　　　　　　、　　　　　　　　　　　、  長井市長　　　　　　　　　　　㊞ |

備考：｢市長が証明する欄｣は、保険者が市であって、当該事実を公簿などによって確認できるときは省略できる。