

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

| | | | | |
|----------------|---------|----|------|-------|
| 被保険者証記号番号 | | 鳴門 | — | |
| 世帯主 | 住所 | | | |
| | 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 個人番号 | | | |
| 限度額適用 減額対象者 | 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 | | | |
| 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 | | |

| | | | |
|-----|---------|-----|---|
| 届出人 | 氏名 | | |
| | 連絡先 | () | — |
| | 世帯主との続柄 | | |

| | | | | |
|-------------|------|---------------|---------------|-----------|
| 処 理 欄 | 一 般 | 70歳未満 ・ 70歳以上 | 限 度 額 適 用 区 分 | ア・イ・ウ・エ・オ |
| | 退 職 | 本 人 ・ 扶 養 | | 現役Ⅰ ・ 現役Ⅱ |
| | 滞 納 | 無 ・ 有 | 長 期 認 定 | 区分Ⅰ ・ 区分Ⅱ |
| | 有効期限 | 正規・短期 (ヶ月) | 第 三 者 行 為 | □有 □無 |

(裏面)

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること)。

| | 個人番号確認 | 身元確認(顔写真の無い場合2点) | | 代理権の確認 |
|-------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| 職員処理欄 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード | <input type="checkbox"/> 個人番号カード | <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 | <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人) |
| | <input type="checkbox"/> 通知カード | <input type="checkbox"/> 運転免許証 | <input type="checkbox"/> 年金証書 | <input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人) |
| | <input type="checkbox"/> 住民票の写し | <input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証 | <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合) |
| | <input type="checkbox"/> 職員が記載 | <input type="checkbox"/> 後期被保険者証 | () | () |