

**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

被保険者証の記号番号													
減額対象者の氏名		生年月日		年		月		日					
		個人番号											
長期入院の該当・非該当		該当					非該当						
長期入院該当の場合入院期間	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									
発症又は負傷の理由		1、第三者行為 2、業務上の災害 (通勤災害等) 3、その他 (自損事故・疾病等)											
上記のとおり申請します。 年 月 日 美濃加茂市長 宛		世帯主		住 所									
				氏 名									
				個人番号									
		届出人		氏 名									
				☐世帯主に同じ									
				電話番号									

本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証 (写真付) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> ()	聴き取り	<input type="checkbox"/> 同一世帯員氏名 <input type="checkbox"/> 同一世帯員生年月日 <input type="checkbox"/> 職員の面識	受付	収納
	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> ()				
	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> ()				
区 分	<input type="checkbox"/> 70歳未満 <input type="checkbox"/> 70歳以上				