様式第13号(第16条関係)

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者記号番号 | | | 記号 | |  | | | | | 番号 |  | |
| 減額対象者 | | 氏名 | |  | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 世帯主との続柄 | | |  | | | | | | | |
| 長期入院 | | 該当　・　非該当 | | | | 個人番号 | |  | | | | |
| ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。 | | | | | | | | 入院日数合計　　　　　日間 | | | | |
| 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 | |  | | | |
| ④ | 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 | |  | | | |

　上記のとおり申請します。

年　　月　　日

　大崎市長　様

申請人　　個人番号

　　（世帯主）　住所

氏名

電話　　　　（　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険者処理欄 | 認定等 | ア　市町村民税非課税証明書  イ　保護申請却下通知書  ウ　公簿(　　　　　　　　　　　　　　　)  エ　却下(理由　　　　　　　　　　　　　) | 認定等年月日  年　　月　　日 |
| 差額支給　　有・無 | | |

　備考　市町村民税非課税証明書は，保険者が市町村であって，当該事実を公簿等によって確認することができるときは，省略できる。