

国民健康保険

限度額適用・標準負担額減額認定申請書
(限度額適用認定)(標準負担額減額認定)

被保険者記号・番号		山3-			
フリガナ			生年月日	昭・平・令 年 月 日	
認定対象者 氏名			個人番号 (マイナンバー)		
長期入院該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 適用区分がオ又はⅡで、長期入院該当の申請をされる場合のみ該当に☑ それ以外は非該当に☑を記入してください。 該当の場合は入院状況欄も記入し、その領収書等を添付して下さい。			
申請日の前 一年間の入院状況 (長期入院該当の方のみ)	医療機関名	医療機関所在地	入院期間		入院日数
			年 月 日から	年 月 日まで	日間
			年 月 日から	年 月 日まで	日間
上記のとおり申請します。 なお、審査にあたり、私の保険料納付状況及び私の世帯の所得課税状況を調査されることに同意します。					
令和 年 月 日		世帯主 住 所 氏 名 個人番号 TEL			
山 口 市 長 様		届出人 住 所 氏 名 TEL			

市役所確認欄		(確認者:) 備考:					
年齢区分	納付状況 収納課の同意	適用区分	認定証の種類	発効期日 (却下通知日)	有効期限 (却下通知番号)	長期該当	長期入院該当年月日
□70歳未満	□滞納なし □滞納あり (同意者:)	□課税ア □課税イ □課税ウ □課税エ	限度額適用認定証	年 月 日	年 月 日	—	—
		□非課税オ	限度額適用・標準負担額減額認定証	年 月 日	年 月 日	□あり □なし	年 月 日
□70歳以上	—	□現役Ⅱ □現役Ⅰ	限度額適用認定証	年 月 日	年 月 日	—	—
		□低所得Ⅱ	限度額適用・標準負担額減額認定証	年 月 日	年 月 日	□あり □なし	年 月 日
		□低所得Ⅰ				—	—

認定証の交付方法: 窓口(年 月 日) 郵送(年 月 日)(住所地 直2先 送付先:))
マイナ保険証のため交付不要

(変更交付の場合)旧認定証の回収方法: 回収(年 月 日) 無効印(年 月 日押印)(年 月 日まで)
回収依頼(年 月 日依頼) (窓口 電話 文書)

番号法による 確認	番号確認(本人)		身元確認(本人または代理人)				代理権確認
	<input type="checkbox"/> 個人カード <input type="checkbox"/> 通知カード その他 ()		1点	<input type="checkbox"/> 個人力 <input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 在留力	その他 ()		<input type="checkbox"/> 戸籍等 <input type="checkbox"/> 委任状 その他 ()
有無			2点	<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 年金	その他 ()		