|  |
| --- |
|  （受付場所）山口･小郡･秋穂･阿知須･徳地･阿東・仁保･小鯖･大内･宮野･吉敷･平川･大歳･陶･鋳銭司･名田島･秋穂二島･嘉川･佐山･大海･串･島地･八坂･柚野・篠生・生雲・地福・嘉年 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 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－ |  |
| 認定対象者氏　名 |  | 生年月日 | 昭・平・令　 　年 　 月 　 日 |
| 世帯主からみた続柄 | □ 本人　□ 妻　　□ 夫　　□ 子　□ 父　　□ 母　　□ 他（　　 　　） | 個人番号(マイナンバー) |  |
| 長期入院該当 | □該当 □非該当 | 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） | 保 険 医 療 機 関 名 | 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 | 世帯主以外が届出の場合、以下を記入（同上の場合、省略可）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 |
| □若 人 | □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 |
| □前 期 | - |  □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：　　　　　　 　　 ))

(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 |
| □個人カード□通知カードその他（　　　　　　） | １点 | □個人カ　□運免　□パス　□手帳　□在留カその他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | □戸籍等□委任状その他（　　　　） |
| 有 無 | ２点 | □健保　□介護　□年金　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |