|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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　記号・番号** | **柏国** | **申請日** | **平成　　　年　　　月　　　日** |
| **世帯主** | **住　所** | **柏原市** |
| **氏　名** |  | **男・女** | **電話****番号** | **－　　　　　　－** |
| **申請人** | **氏　名** | **印** | **世帯主との続柄** | **電話****番号** | **－　　　　　　－** |
| **限度額適用****減額対象者** | **氏　名****個人番号** |  | **男・女** | **生年****月日** | **Ｓ****Ｈ** | **年　　　月　　　日** |
| **世帯主****との続柄** |  | **第三者****行為** | **該当　・　非該当** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **①** | **申請日の前１年間の入院期間（日数）** | **平成　　　　年　　　　月　　　　日から****平成　　　　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）** | **平成　　　　年　　　　月　　　　日から****平成　　　　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）** | **平成　　　　年　　　　月　　　　日から****平成　　　　年　　　　月　　　　日まで　　　　日間** |
| **入院をした保険医療機関等** | **名　称** |  |
| **所在地** |  |
| **長期入院** | **該当 ・ 非該当** |  |

|  |
| --- |
| **保　険　者　処　理　欄** |
| **認　定　等** | **認　定　区　分** | **年　月　日　等** |
| **イ　住民税証明書****ロ　公　簿****ハ　却　下** | **ア** | **□** | **イ** | **□** | **ウ** | **□** | **エ** | **□** | **オ** | **□** | **認定年月日****平成　　　年　　　月　　　日****長期該当年月日****平成　　　年　　　月　　　日** |
| **低所得Ⅰ** | **□** | **低所得Ⅱ** | **□** |
| **標準負担のみ** | **□** |  |  |
| **資格種別** | **一般・退本・退扶** | **宛名****番号** |  | **証発行** | **窓口（　　/　　）****郵送（　　/　　）** | **受付****担当** |  |
| **保険料** | **完納確認　 □** **担当(　　　　 )** | **備考****情報** |  | **内容****確認** | **□** |