

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

発行区分	新規 ・ 更新 ・ 再交付
適用区分	70歳未満 : ア・イ・ウ・エ・オ 70歳以上 : 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ
発効期日	年 月 日 ~

川西市長 あて

次のとおり申請します。

被保険者証記号番号		申請日		令和 年 月 日	
世帯主	住所				
	氏名	個人番号			
	電話番号	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日		
限度額適用 減額対象者	氏名	個人番号			
	年齢	歳	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	世帯主との続柄				
	第三者行為の有無	医療機関にかかる原因が第三者(加害者)によるもので(ある ・ ない)			

届出人	氏名	世帯主との関係	
	住所 <small>(世帯主以外の場合記入)</small>	電話	<small>(世帯主以外の場合記入)</small>

※住民税非課税世帯で、申請日の前1年間の入院が90日を超える場合は下記に記入してください。

<input type="checkbox"/> 上記の標準負担額減額対象者の入院が90日を超えていることを証明する書類は別紙の通りです。 <small>(領収書等をお持ちでない場合、下記に入院期間を記載してください。)</small>				
入院をした医療機関等	名称	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
入院をした医療機関等	名称	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	

処 理 欄	有効期限確認		*医療担当へ確認*		収納確認		長期入院確認		
	70歳 <small>(有効期限)</small> 年 月 日	75歳 <small>(有効期限)</small> 年 月 日	0~15歳 <input type="checkbox"/> チェック	非課税65~69歳 <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 対象外 <input type="checkbox"/> 対象(未取得) 担当者名()へ引継	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> レsept <input type="checkbox"/> 非該当	
	<input type="checkbox"/> 長期入院該当の場合、食事代差額申請の案内をする【申請書も手渡し】								
	申請区分 <即日交付以外>		<input type="checkbox"/> 郵送希望 / <input type="checkbox"/> 所得未反映 / <input type="checkbox"/> 収納確認有 / <input type="checkbox"/> 長期該当 / <input type="checkbox"/> 住民票世帯外 <input type="checkbox"/> 世帯変更 / <input type="checkbox"/> 賦課担当(住基) / <input type="checkbox"/> 本人確認不可 / <input type="checkbox"/> その他()						
	受付者	確認者	手渡日	宛名照会	発送				
			/		<input type="checkbox"/> 手渡し	年 月 日 時頃	<input type="checkbox"/> 郵送		