

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 ~

世帯主について記入してください。

川西市長 あて

次のとおり提出します。

申請日について記入してください。

被保険者証番号	1111111		申請日	令和〇〇年△△月××日
世帯主	住所	川西市中央町12番1号		
	氏名	川西 太郎	個人番号	1111 1111 1111
	電話番号	〇〇〇-△△△△-××××	生年月日	明・大(昭)・平 30年 1月 1日
限度額適用 減額対象者	氏名	川西 二郎	個人番号	2222 2222 2222
	年齢	〇〇 歳	生年月日	(昭)・平 60年 1月 1日
	世帯主との続柄	子		
	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))		

認定証が必要な方について記入してください。

届出人	氏名	川西 花子	世帯主との関係	妻
	住所	川西市中央町12番1号 <small>(世帯主以外の場合記入)</small>	電話	〇〇〇-△△△△-×××× <small>(世帯主以外の場合記入)</small>

届出人について記入してください。

※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	〇〇病院	入院期間	令和元 年 10月 1日から 令和2 年 1月 28日まで120日間
入院をした医療機関	名称	入院した医療機関名を記入してください。	入院期間	年 月 日から 日間 入院期間を記入してください。

平成28年1月1日からマイナンバー法により、個人番号を記載する必要があります。番号が分からない場合等は、申請者の負担軽減を図る観点から、こちらで調べて記入しますので、空欄のままでかまいません。

世帯主本人が記入する場合(①②1点ずつ同封してください。※個人番号カードがあれば1点でかまいません)

①番号確認書類・・・個人番号カード、個人番号通知カード、個人番号が記載された住民票・住民票記載事項証明書のうちいずれか1点の写し

②本人確認書類・・・個人番号カード、運転免許証、パスポート、障害者手帳等、官公庁が発行した顔写真付きの本人確認書類