|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 副課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
|  |  |  |  |  |

**限度額適用**

**国民健康保険　　限度額適用・標準負担額減額　　　認定申請書**

新温泉町長　様

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | | | | |  | | | | |  | | |
| 世帯主 | | 住所 | |  | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | 生年月日 | | 大・昭・平　　年　　月　　日 | | 男・女 |
| 限度額適用減額対象者 | | 氏名 | |  | | | | 生年月日 | | 昭・平・令　　年　　月　　日 | | 男・女 |
| 世帯主との続柄 | | | |  | | |  | | | |
| 長期入院 | | | 該当・非該当 | | | |  | | | | | |
| ① | 申請日の前1年間に入院した  保険医療機関 | | | | | | | 名称 | |  | | |
| 所在地 | |  | | |
| 入院期間（日数） | | | | | | | 年　　月　　日　から | | | 日間 | |
| 年　　月　　日　まで | | |
| ② | 申請日の前1年間に入院した  保険医療機関 | | | | | | | 名称 | |  | | |
| 所在地 | |  | | |
| 入院期間（日数） | | | | | | | 年　　月　　日　から | | | 日間 | |
| 年　　月　　日　まで | | |
| ③ | 申請日の前1年間に入院した  保険医療機関 | | | | | | | 名称 | |  | | |
| 所在地 | |  | | |
| 入院期間（日数） | | | | | | | 年　　月　　日　から | | | 日間 | |
| 年　　月　　日　まで | | |
| ④ | 申請日の前1年間に入院した  保険医療機関 | | | | | | | 名称 | |  | | |
| 所在地 | |  | | |
| 入院期間（日数） | | | | | | | 年　　月　　日　から | | | 日間 | |
| 年　　月　　日　まで | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 所得区分 | 一般　（　　ア　　・　　イ　　・　　ウ　　・　　エ　　・オ　　） |
| ７０歳以上　（　　現Ⅱ　・　　現Ⅰ　　・　　低Ⅱ　　・　　低Ⅰ　　　） |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　交付　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 町処理欄 | 整理番号 | № |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申告：（　有　・　無　）