様式第1号(第3条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | | | 雲仙 | | | | | | | | | | |
| 世帯主 | | 住　所 |  | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | 男・女 |
| 限度額適用  減額対象者 | | 氏　名 |  | | | 個人番号 | | |  | | | | |
| 世帯主との続柄 | |  | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | 男・女 |
| 長　期　入　院 | | | 該　当　・　非　該　当 | | | | | 交通事故等の第三者行為 | | | 有　・　無 | | |
| ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。 | | | | | | | | | | 入院日数合計（　　　日間） | | | |
| ① | 申請日の前１年間の入院期間（日数） | | | | 年　　　月　　　日　から | | | | | | | 日間 | |
| 年　　　月　　　日　まで | | | | | | |
| 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） | | | | 年　　　月　　　日　から | | | | | | | 日間 | |
| 年　　　月　　　日　まで | | | | | | |
| 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） | | | | 年　　　月　　　日　から | | | | | | | 日間 | |
| 年　　　月　　　日　まで | | | | | | |
| 入院をした保険医療機関等 | | | | 名　称 | |  | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | |
| ④ | 申請日の前１年間の入院期間（日数） | | | | 年　　　月　　　日　から | | | | | | | 日間 | |
| 年　　　月　　　日　まで | | | | | | |
| 入院をした保険医療機関等 | | | | 名　称 | |  | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | |
| ⑤ | 申請日の前１年間の入院期間（日数） | | | | 年　　　月　　　日　から | | | | | | | 日間 | |
| 年　　　月　　　日　まで | | | | | | |
| 入院をした保険医療機関等 | | | | 名　称 | |  | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | |

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　　所 |  |  |  |  |  |
| 世帯主名  （申請者） |  |  |  | 個人番号 |  |
| 電話番号 |  |  |  | 届出人 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　長崎県雲仙市長

　　　　　　　　　　　　　　　　金澤　秀三郎　殿

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 処理欄 | 認定等 | イ　市町村民税非課税証明書  ロ　保護申請却下通知書  ハ　公簿　（　　　　　　　　　　　　　　　　）  ニ　却下　（理由　　　　　　　　　　　　　　） | | 受付番号（第　　　　　　号）  交付番号（第　　　　　　号）  認定等年月日  　　　　年　　月　　日 |
| 差額支給　有　・　無 | | 食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号（第　　　号） | |