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） |