様式第９号（第２４条、第２５条の２、第２６条、第２８条関係）

記入例

限度額適用

国民健康保険　　　　　標準負担額減額　　　　　認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | | | 限度額認定証を発行希望される方の  氏名をご記入ください | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 世帯主 | | 住　　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 |  | |
| 個人番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | |  |  | | |
| 限度額適用  減額対象者 | | 氏　　名 | 桜川　太郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 |  | |
| 個人番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | | | |  | 世帯主との続柄 | |  |
| 長期入院 | | 該当・非該当 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① | 申請日の前１年間の入院期間（日数） | | | | | | | | | | | 年　　月　　日から  　　　　　年　　月　　日まで　　　日間 | | | | | | | | | | |
| 入院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  　　　　　年　　月　　日まで　　　日間 | | | | | | | | | | |
| 入院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  　　　　　年　　月　　日まで　　　日間 | | | | | | | | | | |
| 入院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  　　　　　年　　月　　日まで　　　日間 | | | | | | | | | | |
| 入院した保険医療機関等  申請者の氏名をご記入ください  ※限度額認定証の発行を希望される方とは別世帯の場合は委任状が必要です | | | | | | | | | | | 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  　　　　　年　　月　　日まで　　　日間 | | | | | | | | | | |
| 入院した保険医療機関等 | | | | | | | | | | | 名称 | | | | | |  | | | | |
| 所在地 | | | | | |  | | | | |

桜川　太郎　　090-1234-5678

|  |  |
| --- | --- |
| 市区町村長が  証明する欄 | 下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主（組合員）及びその世帯に属する被保険者に　　年度の市（区）町村民税が課せられないことを証明する。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　桜川市長　　大塚　秀喜 |

備考　「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公募等によって確認することができるときは、省略できる。