

**国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額
限度額適用 認定申請書**

○申請月を含めた過去1年間に91日以上の長期入院をされた方（市民税非課税世帯）のみ
記入してください（入院の事実が確認できる領収書等の写しを添付してください）。※原本不可

記入して下さい。（入院の事実が確認できる医療機関の名前を記入して下さい。）					
①	長期 入院日数	年　月　日～　年　月　日（　　日間）			
	保険医療機関	名称			
②	長期 入院日数	年　月　日～　年　月　日（　　日間）			
	保険医療機関	名称			
			長期 入院日数の合計		日間

身元確認		<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 代理人	代理権確認	
<input type="checkbox"/> 写真有り（1点のみで可） <input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード(写真有り) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留C <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身・療・精) <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 写真無し（2点以上必要） <input type="checkbox"/> 各種証（国・後・社・介） <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> 医療証（障・親・ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
				代理人氏名	世帯主との続柄
番号確認					
<input type="checkbox"/> 番号C <input type="checkbox"/> 通知C <input type="checkbox"/> O L <input type="checkbox"/> その他（ ）					

国 保 年 金 課 処 理 欄	認定根拠区分		認定証 記載 年月日	交付年月日	・	・		
	<input type="checkbox"/> 課税O/L確認	<input type="checkbox"/> 証明書等の添付		発効期日	・	・		
	<input type="checkbox"/> その他(受付者)			有効期限	・	・		
	令和 年 月 日 ()区民課・まちづくりセンター			長期入院該当	・	・	から	
	交付方法	<input type="checkbox"/> 手渡し			適用区分			
		<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 登録地 <input type="checkbox"/> 医療機関(名称:)			70歳未満	70歳以上		
備考			<input type="checkbox"/> ア	<input type="checkbox"/> 低所得 I				
			<input type="checkbox"/> イ	<input type="checkbox"/> 低所得 II				
			<input type="checkbox"/> ウ	長期入院: → <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当				
			<input type="checkbox"/> エ	<input type="checkbox"/> 現役並み I				
			<input type="checkbox"/> オ	長期入院: → <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当				
				<input type="checkbox"/> 現役並み II				