**□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**

**□標準負担額減額**

**□生活療養標準負担額減額**

（宛先）　野　田　市　長　　　　　　　　　　　　　　　　　　※太枠内を記入してください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | 野田 |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請日　　　　　 年　　月　　日 |
| 世帯主 | 住　所 | 野田市電話番号　　　　－　　　　　－ |  |
| 氏　名 |  |  |
| 限度額適用減額対象者 | 氏　名 |  | 世帯主との続柄 |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請者窓口に来た人 | 住　所住所が異なる場合のみ | 電話番号　　　　－　　　　　－ | 対象者との関係　 |
| 氏　名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| 入院予定期間 | 　 　年 　　月　　日 ～ 　　　　 年　 　月 　　日（　　　 日間） |
| 申請日前1年間に入院したことが　ある　・　ない　（「ある」の場合は下を記入してください） |
| ① | 申請日前１年間の入院期間（日数） | 　　　　年　　　月　　　日から　　　年　　　月　　　日まで　　　　日間 |
| 入院をした保険医療機関等 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| ② | 申請日前１年間の入院期間（日数） | 　　　　年　　　月　　　日から　　　年　　　月　　　日まで　　　　日間 |
| 入院をした保険医療機関等 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険者処理欄 | ①確認事項 | □第三者行為（　該当・非該当　）　　　　 □本人確認（　免・個・外・パ・２点　）□被保険者証（　有・無　）　　　　　　　 □失業軽減（ 有　・　無 ）　 　□年齢　　　才 □未申告者（　いない・いる→０申以外は税へ　）　□負担割合（ ３割・２割・１割 →システム確認） |
| ②資格区分 | 一般　 退本 　退扶 | ③保険証確認 | □通常証・短期証　→　OK□資格者証　　　　→　NG |
| ④適用区分 | 70歳未満 | 1: 上位（ア） | 2: 上位（イ） | 3: 一般（ウ） | 4: 一般（エ） |
| 5: 非課税（オ） | 6: 非課税長期（オ） | 長期該当日　　　　 　 ． 　 ． |
| 7: 食事減額 | 8: 食事減額長期  | 長期該当日　　　　　 ． 　 ． |
| 高齢者 | 2: 現役並みⅡ | 3: 現役並みⅠ |  |
| 受付者 | 5: 低Ⅱ | 6: 低Ⅱ長期　　  | 長期該当日　　　　　 ．　 ． |
| 9: 低Ⅰ | その他 |
| ⑤記載事項 | 発効期日（自動設定） | 　　 ．　　 ． | 有効期限 | 　　 ．　　 ． |