**限度額適用**

**標準負担額減額**

**限度額適用・標準負担額減額**

**加賀市国民健康保険　　　　　　　　　　　　　 認定申請書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 被保険者証  記号・番号 | かが　－ | 氏　名 |  |
| 生年月日 | S・H・R 　　年　　月　　日 | 世 帯 主  との続柄 | 本人・妻・子・その他(　　 　) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 長期入院（過去12カ月の入院日数が91日以上は長期） | | | | 該　当　・　非該当 | |
| 長期入院該当者のみ記入してください　　　　　　　　　入院日数の合計（　　　　　日間） | | | | | |
|  | 申請日の前１年間の入院日数 | 平成　　　年　　　月　　　日から  平成　　　年　　　月　　　日まで | | | 日間 |
| 入院をした保険医療機関等 | 名　称 |  | | |
| 所在地 |  | | |
|  | 申請日の前１年間の入院日数 | 平成　　　年　　　月　　　日から  平成　　　年　　　月　　　日まで | | | 日間 |
| 入院をした保険医療機関等 | 名　称 |  | | |
| 所在地 |  | | |

加賀市長　宛

上記のとおり申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　住　　所　　加賀市

　　　　　申請者（世帯主） 氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　個人番号

　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　窓口へ来られた方 氏　　名　　　　　　　　　　　　世帯主との続柄（　　　　　）

　　　　（代理人の場合は委任状が必要）

|  |  |
| --- | --- |
| 入院等で病院に送付を希望される方は病院の住所を記入下さい | 〒 |

|  |
| --- |
| ※以下は記入しないでください |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第　　　号 | ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ | Ⅰ・Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ | 発効年月日：平　　年　　月　　日から  長期該当日：平成　年　　月　　日から | 滞  納 | 無・有 |