様式第5号(第16条関係)

**限度額適用**

**国民健康保険　 　標準負担額減額　　申請書**

**限度額適用・標準負担額減額認定**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | | | 井吉　　　　―　　　　― | | | | | | | 申請者 住所  　　　 名前  　　　 続柄　(　　) TEL　(　　　　　　　　　) | | | | | |
| 世帯主 | | 住所 | | 永平寺町 | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | 生年月日 | | | | 年 　　月 　　日生 | | | 男・女 | |
| 個人番号 | | （12ｹﾀ） | | | | | | | | | | | | | | |
| 減額対象者 | | 氏名 | |  | | | | 生年月日 | | | | 年 　　月 　　日生 | | | 男・女 | |
| 世帯主との続柄 | | |  | | | 適用区分 | | | | | ア・イ・ウ・エ・オ | | | |
| 個人番号 | | （12ｹﾀ） | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 長期入院 | | 該当・非該当 | | | | 長期入院該当年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 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  　　　　　年　　　月　　　日まで | | | | | | | 日間 | | |
| 入院をした保険医療機関等 | | | | | | 名称 | |  | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | |

**年　　月　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| 町長が証明する欄 | 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及びその世帯に属する被保険者に、　　　　年度の町民税が課されないこと、もしくは地方税法上の経過措置対象者であることを証明する。  　　　　　　　　　　，　　　　　　　　　　，　　　　　　　　　　，  永平寺町長　河合　永充 |

備考　「町長が証明する欄」は、保険者が町であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

様式第5号(第16条関係)

**記載例**

**限度額適用**

**国民健康保険　 　標準負担額減額　　申請書**

**限度額適用・標準負担額減額認定**

**過去１年間で９０日以上の入院がある人は、記入して下さい。その、領収書もお持ち下さい。**

**全部、記入してください**。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | | | 井吉　○○○―　○○○　―　○○ | | | | | | | 申請者 住所  　　　 名前  　　　 続柄　(　　) TEL　(　　　　　　　　　) | | | | | |
| 世帯主 | | 住所 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | 永平寺　太郎 | | | | 生年月日 | | | | Ｓ３０年　１月　１日生 | | | 男・女 | |
| 個人番号 | | （12ｹﾀ） | | | | | | | | | | | | | | |
| 減額対象者 | | 氏名 | | 永平寺　花子 | | | | 生年月日 | | | | Ｓ３３年１１月１１日生 | | | 男・女 | |
| 世帯主との続柄 | | | 妻 | | | 適用区分 | | | | | ア・イ・ウ・エ・オ | | | |
| 個人番号 | | （12ｹﾀ） | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 長期入院 | | 該当・非該当 | | | | 長期入院該当年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 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  　　　　　年　　　月　　　日まで | | | | | | | 日間 | | |
| 入院をした保険医療機関等 | | | | | | 名称 | |  | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | |

**年　　月　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| 町長が証明する欄 | 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及びその世帯に属する被保険者に、　　　　年度の町民税が課されないこと、もしくは地方税法上の経過措置対象者であることを証明する。  　　　　　　　　　　，　　　　　　　　　　，　　　　　　　　　　，  永平寺町長　河合　永充 |

備考　「町長が証明する欄」は、保険者が町であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。