

・ 限度額適用
 ・ 標準負担額減額
 国民健康保険 ・ 限度額適用 ・ 標準負担額減額 認定申請書

* 太枠内をご記入ください。

被保険者証記号番号		05-		区分	一般 ・ 退職 ・ 扶養				
世帯主	住所	館山市 番地							
	氏名	(印) A		生年月日	昭・平	年	月	日	男・女
	個人番号								
限度額適用 減額対象者 (必要な方)	氏名	B		生年月日		年	月	日	男・女
	個人番号								
	続柄 (世帯主からみて)		連絡がとれる 電話番号		第三者行為	有 ・ 無			

長期入院	該当・非該当	入院日数合計 (日間)	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 ~ 年 月 日 (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 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院を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 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

年 月 日

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及びその世帯に属する 国保被保険者に 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 _____、 _____、 _____、 <div style="text-align: right;"> 市区町村長名 _____ 印 </div>
-------------	--

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、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

◇◇◇保険者記入欄◇◇◇

上記被保険者に対し下記のとおり限度額適用・減額認定してよろしいか。

発効期日	年 月 日
減額認定の有無	有 ・ 無
長期該当の有無	有・無 年 月 日
有効期限	年 月 日

確認方法
リスト、適用・減額認定証、非課税証明等、 税務課、納税課

課長	副課長	係長	主担当	係	適用区分欄

本人確認 (世帯主)	1 個 2 免 3 旅 4 住 5 保 6 その他 ()
個人番号確認 (A&B)	1 通 2 個 3 住 4 その他 ()
本人確認 (代理受領)	1 個 2 免 3 旅 4 住 5 保 6 その他 ()
代理人氏名生年月日	氏名: _____ 生年月日: T/S/H 年 月 日
代理受領権確認	1 委任状 2 主の被保証 3 同一世帯人 4 その他 ()

記入例

国民健康

保険申請書

*太枠内をご記入ください。

被保険者証記号番号		05- 12345678		区分	一般 退職 ・ 扶養
世帯主	住所	館山市 北条1145		番地 の1	
	氏名	館山 太郎		生年月日	昭平 30年 1月 1日
	個人番号	123456789 ○○○	館山 A		男 女
限度額適用 減額対象者	氏名	館山 花子		生年月日	昭和 30年 2月 1日
	個人番号	123456789 ○○○	館山 B		男 女
	続柄 (世帯主からみて)	妻	連絡がとれる 電話番号	0470-22-3428	第三者行為 有 ・ 無

長期入院	該当・非該当	入院日数合計 (日間)
④	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 (日間)
⑤	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 (日間)
⑥	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 (日間)

こちらの欄は、交通事故などの第三者の行為によって負傷した事が理由で限度額認定証の発行を希望している場合、有に○をしてください。
 有とした場合も限度額認定証の発行は可能ですが、別途「第三者の行為による傷病届」の提出が必要です。
 本来、第三者行為による医療費は加害者が負担すべきものです。保険証や限度額認定証を使用していただく事で、一時的に館山市が医療費の立替を行います。第三者の行為による傷病届を提出していただいた後、館山市から加害者へ館山市が負担した医療費の請求を行います。
 第三者行為による負傷の場合は有に○を忘れずをお願いします。

市区町村長が証明する欄	<p>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国保被保険者に 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。</p> <p>_____、_____、_____、_____</p> <p style="text-align: right;">市区町村長名 _____ 印 _____</p>
-------------	---

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、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

◇◇◇保険者記入欄◇◇◇

上記被保険者に対し下記のとおり限度額適用・減額認定してよろしいか。

発効期日	年 月 日
減額認定の有無	有 ・ 無
長期該当の有無	有 ・ 無 年 月 日
有効期限	年 月 日

確認方法
リスト、適用・減額認定証、非課税証明等、税務課、納税課

課長	副課長	係長	主担当	係	適用区分欄

本人確認 (世帯主)	1 個 2 免 3 旅 4 住 5 保 6 その他 ()
個人番号確認 (A&B)	1 通 2 個 3 住 4 その他 ()
本人確認 (代理受領)	1 個 2 免 3 旅 4 住 5 保 6 その他 ()
代理人氏名生年月日	氏名: _____ 生年月日: T/S/H 年 月 日
代理受領権確認	1 委任状 2 主の被保証 3 同一世帯人 4 その他 ()