様式　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **限度額適用**  **日出町国民健康保険　 標準負担額減額　 認定申請書**  **限度額適用・標準負担額減額** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者記号番号 | | |  | |  | | |  | | |  | |  |  | | |  |  |  | |
| 限度額適用  減額対象者 | | 氏 名 |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　 月 　　日 | | | | | 男・女 |
| 個　人　番　号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主との続柄 | | | |  | | | | | | 長期入院 | | | 該　当　・　非該当 | | | | | |
| 第三者行為（交通事故等）による負傷 | | | | はい　・　いいえ | | | | | | | | 第三者行為による場合は、別途「第三者の行為による傷病届」を提出してください。 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ここから下は、長期入院該当者のみ記入して下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | 入院日数合計(　　　 　日間) | | | | |
| １ | 申請日の前１年間の入院日数 | | | | | | 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 | |  | | | | | | | | | | | |
| ４ | 申請日の前１年間の入院日数 | | | | | | 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 | |  | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり日出町国民健康保険の限度額適用・標準負担額の減額を申請します。  令和 　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　住　　所　日出町  　　　　　　　世　帯　主　(居住地)  　　　　　　　　　　　　　氏　　名  　　　　　　　　　　　　　個人番号  　　　　　　　代理申請者　住所  　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄）  　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（☎　　　　－　　　　　－　　　　　）  日出町長　殿 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

本人確認書類　　　□マイナンバーカード　　□免許証　　□その他（　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　送付先