

限度額適用 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

麻績村長 様

年 月 日

申請者（世帯主） 住 所 氏 名 個人番号 電 話	窓口に来た方 ※ 世帯主の場合、記入は不要です。 氏 名 世帯主と の続柄
---------------------------------------	---

下記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。
 なお、世帯主及び世帯員のうち国保加入者全員の課税の状況について、調査することに同意します。

被保険者証 の記号番号	.	1. 一般 2. 退職本人 3. 退職家族		
限度額適用 減額対象者	氏 名		男・女	世帯主と の続柄
	生年月日	年 月 日		
	個人番号			
長期入院（90 日以上）	該 当 ・ 非該当	交通事故等の第三者行為	有 ・ 無	

ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。

		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 日から	（ 日間）	
	入院をした保険医療機関等	年 月 日まで		
		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	（ 日間）	
	入院をした保険医療機関等	年 月 日まで		
		名 称		
		所在地		
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から	（ 日間）	
	入院をした保険医療機関等	年 月 日まで		
		名 称		
		所在地		
④	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から	（ 日間）	
	入院をした保険医療機関等	年 月 日まで		
		名 称		
		所在地		
⑤	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から	（ 日間）	
	入院をした保険医療機関等	年 月 日まで		
		名 称		
		所在地		

***** 以下、市町村自由使用欄 *****

委任状

麻績村長 様

年 月 日

申請者 (委任をする人) 住所 _____
 氏名 _____ 印
 電話 _____

私は、下記の者を代理人と定め、次の事項を委任します。

麻績村国民健康保険の

- 1 国民健康保険証（高齢受給者証）の再発行の手続き及び受領に関する事
- 2 限度額適用認定証及び標準負担額減額認定証の発行及び受領に関する事
- 3 国民健康保険税に関する事
- 4 その他の事項（ _____ ）に関する事

代理人 (委任を受けた人) 住所 _____
 氏名 _____
 電話 _____

***** 以下の欄は、記入不要です。 *****

来庁者の確認	<p>(1点確認)</p> <p>① <input type="checkbox"/> 個人番号カード</p> <p>② <input type="checkbox"/> 運転免許証・運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券（パスポート） <input type="checkbox"/> () 手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住証明書</p> <p>③ <input type="checkbox"/> 官公署から発行・発給された写真付の証等（ ） <氏名、生年月日又は住所記載のもの></p> <p>【① - ③の証の発行・登録番号等_____】</p> <p>(2点確認)</p> <p>④ ア <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童手当・児童扶養手当証書 イ 官公署・個人番号利用事務実施者・個人番号利用事務関係者発行の書類等 <氏名、生年月日又は住所記載のもの> <input type="checkbox"/> _____被保険者証 <input type="checkbox"/> 国保税納税通知書等 <input type="checkbox"/> _____証書（手帳） 証・種類名等（_____）</p> <p>【④の証・書類の発行・登録番号等_____】</p> <p>⑤ その他の書類等（_____）</p>
--------	--