

国民健康保険 (宛先) 旭川市長
限度額適用 (食事療養・生活療養) 標準負担額減額 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

令和 年 月 日

記入日

(宛先) 旭川市長

住所 旭川市6条通9丁目〇〇番地の〇〇

個人番号 123412341234

申請人 (世帯主) 氏名 旭川 太郎

電話番号 (0166) 12 - 1234

※あなたが世帯主でない場合は、以下も記載してください。

個人番号が不明な場合等、空欄のままでも受付できます。

窓口に来た方 住所 同上

氏名 旭川 花子

電話番号 () - 同上

世帯主と同じ世帯の方 代理人 (関係)

世帯主以外の方が手続きをされる場合は、記入してください。

国民健康保険法施行規則第26条の3、第26条6の4、第27条の14の2及び第27条の14の4に定める標準負担額減額認定、限度額適用限度額適用認定、限度額適用・標準負担額減額認定を申請します。

被保険者の記号・番号等	旭	0	0	0	0	1	2	3	4	(枝番)	0	1	一般・退本・退扶・前期
認定対象者	氏名	旭川 花子										続柄	妻
	生年月日	昭和 平成 令和	50	年	1	月	1	日	個人番号				
適用区分		長期入院	該当・非該当			長期入院該当年月日	令和	年	月	日			

※①・②は長期入院該当者のみ記入してください。

①	食事療養を受けた保険医療機関	所在地								
		名称								
	入院期間 (日数) (申請日前の1年間)	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間
②	食事療養を受けた保険医療機関	所在地								
		名称								
	入院期間 (日数) (申請日前の1年間)	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間
総入院日数 (申請日前の1年間)										

※長期入院該当の申請の時は、入院期間を確認できる書類 (病院等の領収書等) と減額認定証 (既に交付済みの対象者) を添えて申請してください。

保険料の滞納状況	1 無	2 有	納付相談済
----------	-----	-----	-------

1 限度額適用認定	確 認 印	
2 標準負担額減額認定 (食事療養・生活療養)		
3 限度額適用・標準負担額減額認定		