

国民健康保険

限度額適用  
(食事療養・生活療養) 標準負担額減額  
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

(宛先) 旭川市長

令和 年 月 日

申請人  
(世帯主) 住所 氏名 個人番号 電話番号 ( ) -

※あなたが世帯主でない場合は、以下も記載してください。

窓口に来た方 住所 氏名 電話番号 ( ) -

☐ 世帯主と同じ世帯の方 ☐ 代理人 (関係 )

国民健康保険法施行規則第26条の3、第26条の6の4、第27条の14の2、第27条の14の4及び第27条の14の5に定める標準負担額減額認定、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              |        |   |           |      |  |  |          | (枝番) |  |  | 一般・退本・退扶・前期 |  |
| 認定対象者       | 氏名   |                |        |   |           |      |  |  |          |      |  |  | 続柄          |  |
|             | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和 | 年      | 月 | 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<br>滞納状況 | 1 無 | 2 有 | 納付相談済 |
|--------------|-----|-----|-------|

|                                                          |         |  |
|----------------------------------------------------------|---------|--|
| 1 限度額適用認定<br>2 標準負担額減額認定(食事療養・生活療養)<br>3 限度額適用・標準負担額減額認定 | 確認<br>印 |  |
|----------------------------------------------------------|---------|--|