

国民健康保険 (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

令和 年 月 日

(宛先) 旭川市長

申請人 (世帯主) 住所 氏名 電話番号 () 個人番号

※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。

Table with 5 main rows: 1. 被保険者の記号・番号等 (旭, (枝番), 一般・退本・退扶・前期); 2. 認定対象者 (氏名, 続柄); 3. 生年月日 (昭和/平成/令和 年 月 日, 個人番号); 4. 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); 5. 空白行

※①・②は長期入院該当者のみ記入してください。

Table for hospitalization details: ① 食事療養を受けた保険医療機関 (所在地, 名称, 入院期間); ② 食事療養を受けた保険医療機関 (所在地, 名称, 入院期間); 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。

Table for insurance status: 保険料の滞納状況 (1 無, 2 有), 納付相談済

Table for recognition types: 1 限度額適用認定, 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, 確認印