

国民健康保険 ( 限度額適用 限度額適用・標準負担額減額 ) 認定申請書

(宛先) 舞鶴市長

令和 年 月 日

次のとおり申請します。

(申請者)	住所 : 舞鶴市	被保険者証記号番号		舞 ー	
	世帯主名 :	適用者	氏名		
	個人番号 :		個人番号		
	電話 :		世帯主との続柄	生年月日	昭・平・令 年 月 日
(代理人)	氏名 :	続柄:			
	電話 :				

非課税期間の確認欄(左の入院期間のうち)					
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から	日間	年 月 日から	日間
		年 月 日まで		年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から	日間	年 月 日から	日間
		年 月 日まで		年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から	日間	年 月 日から	日間
		年 月 日まで		年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
入院期間計					日間

次の欄には記入しないでください。

交付年月日	令和 年 月 日	発効期日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日	長期入院該当年月日	年 月 日

処理欄	減額認定	区分	長期該当	確認方法	交付方法
	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 却下	<input type="checkbox"/> 現役並みⅡ <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ (現役並みⅢはなし)	<input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 低Ⅰ <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> レセプト <input type="checkbox"/> ( )

被保険者資格	差額支給	対象期間 (1) 年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職者(本人・扶養者)		対象期間 (2) 年 月 日 ~ 年 月 日
	差額支給申請書の提出	不支給理由
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

備考	確認	① 免許証, 個人番号カード, ( )	受付者
	本・代	② 保険証, ( )	