

|    |    |  |      |     |    |  |   |
|----|----|--|------|-----|----|--|---|
| 課長 | 主幹 |  | 課長補佐 | 副主幹 | 係長 |  | 係 |
|    |    |  |      |     |    |  |   |

|                          |    |          |       |  |      |    |       |
|--------------------------|----|----------|-------|--|------|----|-------|
| 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書 |    |          |       |  |      |    |       |
| 被保険者証の記号・番号              |    |          | 香川 17 |  |      |    |       |
| 被<br>保<br>険<br>者         | 氏名 |          |       |  | 生年月日 | 昭和 | 年 月 日 |
|                          | 住所 | 木田郡三木町大字 |       |  |      |    |       |
| 長期入院                     |    | 該当 ・ 非該当 |       |  |      |    |       |

|                         |               |                      |  |           |  |       |  |
|-------------------------|---------------|----------------------|--|-----------|--|-------|--|
| ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。 |               |                      |  | 入院日数合計    |  | ( 日間) |  |
| ①                       | 申請日の前1年間の入院日数 | 平成 年 月 日～ 年 月 日( 日間) |  | 入院をした医療機関 |  | 名称    |  |
|                         |               |                      |  | 所在地       |  |       |  |
| ②                       | 申請日の前1年間の入院日数 | 平成 年 月 日～ 年 月 日( 日間) |  | 入院をした医療機関 |  | 名称    |  |
|                         |               |                      |  | 所在地       |  |       |  |
| ③                       | 申請日の前1年間の入院日数 | 平成 年 月 日～ 年 月 日( 日間) |  | 入院をした医療機関 |  | 名称    |  |
|                         |               |                      |  | 所在地       |  |       |  |
| ④                       | 申請日の前1年間の入院日数 | 平成 年 月 日～ 年 月 日( 日間) |  | 入院をした医療機関 |  | 名称    |  |
|                         |               |                      |  | 所在地       |  |       |  |
| ⑤                       | 申請日の前1年間の入院日数 | 平成 年 月 日～ 年 月 日( 日間) |  | 入院をした医療機関 |  | 名称    |  |
|                         |               |                      |  | 所在地       |  |       |  |

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

平成 年 月 日 世帯主 住所 木田郡三木町大字

氏名 印

届出人(続柄) ( )

三木町長 殿 電話 —

町使用欄

|      |          |    |    |      |       |
|------|----------|----|----|------|-------|
| 発行期日 | 平成 年 月 日 | 判定 | 低Ⅱ | 納付状況 | 完納・未納 |
| 長期該当 | 平成 年 月 日 |    | 低Ⅰ |      |       |

# 記入例

|    |    |  |      |     |    |  |   |
|----|----|--|------|-----|----|--|---|
| 課長 | 主幹 |  | 課長補佐 | 副主幹 | 係長 |  | 係 |
|    |    |  |      |     |    |  |   |

|                          |   |                |                        |
|--------------------------|---|----------------|------------------------|
| 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書 |   |                |                        |
| 被保険者証の記号・番号              |   | 香川 17 0123456  |                        |
| 被<br>保<br>険<br>者         | 氏 名   | 国保 太郎          | 生年月日 昭和 15 年 11 月 11 日 |
|                          | 住 所   | 木田郡三木町大字 氷上310 |                        |
| 長 期 入 院                  | <input checked="" type="radio"/> 該当 ・ <input type="radio"/> 非該当 |                |                        |

|                        |               |   |            |             |
|------------------------|---------------|---|------------|-------------|
| ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい |               | 入院日数合計  | ( 92日間)    |             |
| ①                      | 申請日の前1年間の入院日数 | 平成23年6月1日 ~ 平成23年8月31日 (92日間)   |            |             |
|                        | 入院をした医療機関     | 名称  | 〇〇〇〇〇病院    |             |
|                        |               | 所在地   | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 |             |
| ②                      | 申請日の前1年間の入院日数 | 平成 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)  |            |             |
|                        | 入院をした医療機関     | <p><b>低Ⅱ区分になる方で、長期入院に該当する場合(低Ⅰ・低Ⅱ区分であった期間のうち、過去12か月で91日以上入院があった方は、入院時食事代が、1食当たり210円から160円になります。</b></p> <p><b>該当する場合は、「入院日数」及び「入院をした医療機関」欄に記入し、領収書のコピーを付けて申請してください。</b></p> |            |             |
| ③                      | 申請日の前1年間の入院日数 |   |            | 年 月 日 ( 日間) |
|                        | 入院をした医療機関     |   |            |             |
| ④                      | 申請日の前1年間の入院日数 |   |            | 年 月 日 ( 日間) |
|                        | 入院をした医療機関     |   |            |             |
| ⑤                      | 申請日の前1年間の入院日数 | 年 月 日 ( 日間)   |            |             |
|                        | 入院をした医療機関     | 名称  |            |             |
|                        |               | 所在地   |            |             |

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

平成24年 4月 1日

世帯主 住所 木田郡三木町大字氷上310

**印鑑**

氏名 国保 太郎

印

届出人(続柄) 国保 花子

( 妻 )

三 木 町 長 殿

電話 891 — 3304

## 町使用欄

|      |          |    |    |      |       |
|------|----------|----|----|------|-------|
| 発行期日 | 平成 年 月 日 | 判定 | 低Ⅱ | 納付状況 | 完納・未納 |
| 長期該当 | 平成 年 月 日 |    | 低Ⅰ |      |       |