様式第9号(第13条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 国民健康保険 | 限度額適用 | 認定申請書 |
| 標準負担額減額 |
| 限度額適用・標準負担額減額 |
| No.　　　　 |
| 被保険者記号番号 | み　塩　　Ａ | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 減額対象者 | フリガナ |  | 性別 | 男　･　女 |
| 氏名 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯主(組合員)との続柄　本人　･　他(　　　　) | 長期入院 | 該当　･　非該当 |
|  |
| ① | 入院中・入院予定の期間(日数) | 　　　　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで | 日間 |
| 入院中･入院予定の保険医療機関等名 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| ② | 入院中・入院予定の期間(日数) | 　　　　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで | 日間 |
| 入院中･入院予定の保険医療機関等名 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| ③ | 入院中・入院予定の期間(日数) | 　　　　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで | 日間 |
| 入院中･入院予定の保険医療機関等名 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| ① | 以前入院していた期間(申請日より一年間のもの)※90日以上は要記入 | 　　　　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで | 日間 |
| 入院していた保険医療機関等 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| ② | 以前入院していた期間(申請日より一年間のもの)※90日以上は要記入 | 　　　　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで | 日間 |
| 入院していた保険医療機関等 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 　上記の通り申請します。　　　　年　　　月　　　日 |
| 《世帯主》 | 住所 | 塩竈市 |  |
| 氏名 | 印　(男　･　女) |
| 個人番号 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 電話 | 　　　　　　(　　　) |  |
| 塩竈市長　殿 |
|  |
|  | 本人確認欄 |  |
| □個人番号カード　□運転免許証　□パスポート　□その他(　　　　　　　・　　　　　　　　) |