

国民健康保険食事療養標準負担額
減額等認定申請書

| | | | | | | |
|--|-------------------|---------|-----------------------|---------|----------------|---------------------------------|
| 被保険者証 | 記号 | 番号 | 連絡先 | 電話() | — | |
| 減額対象者 | 氏名 | 世帯主との続柄 | | | | |
| | 個人番号 | | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 区分 一般・退本・退扶 | |
| 長期入院 | 該当・非該当 | | 長期該当年月日 | 年 月 日から | | |
| ① | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 | | | |
| | 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 年 月 日まで 日間 | | | |
| | 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 年 月 日まで 日間 | | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | | 名称 | | | |
| | | | 所在地 | | | |
| <p>上記のとおり(食事療養標準負担額の減額・生活療養標準負担額の減額・高額療養費の支払に関する限度額の適用)の認定を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p> 世帯主の 住所 氏名 及び 個人番号 鹿児島市 丁目 番 号 氏名 鹿児島市長 殿 </p> | | | | | | |
| <p>※該当の際は□にチェックをしてください</p> <p><input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故や傷害、犬咬み等)が原因の傷病に該当する</p> | | | | | | |
| 受付 | 入力 | 認定証発行 | 保険証交付状況 | 長期該当確認 | | 照合 |
| | | | 完納 滞納 | レセ日数 | 前年度課税 | 領収書日数 |
| | | | | 日 | | 日 |
| 適用区分 | (ア) | (イ) | (ウ) | (エ) | (オ) | 食事 認定証を受領しました。 (署名又は記名押印) |
| | 現役Ⅰ | 現役Ⅱ | 低Ⅰ | 低Ⅱ | | |