

**限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書 兼 入院日数届書**

限度額適用・標準負担額減額

記入要領

A

申請書に被保険者証記号番号・世帯主の住所・氏名・生年月日・個人番号(マイナンバー)と限度額適用減額対象者(認定証が必要な場合)の氏名・生年月日・個人番号(マイナンバー)・世帯主との続柄を記入してください。

B

直近12箇月の入院日数が90日を超える場合には、入院期間(日数)、入院をした保険医療機関等を記入してください。

C

届出者の氏名・世帯主との続柄・住所・日中連絡先・申請日を記入してください。

【注意事項】

- ① 被保険者証記号番号は被保険者証に記載されている番号です。不明な場合には空欄で申請ください。
- ② 個人番号(マイナンバー)は記入がなくても申請受付いたしますので不明な場合は空欄で申請ください。
- ③ 個人番号(マイナンバー)を記入した場合には、個人番号(マイナンバー)のわかる書類及び世帯主または同一世帯のかたの本人確認書類(※)の提示が必要です。同一世帯以外のかたが届出される場合には、委任状が別途必要です。
- ④ 郵送による申請の場合は、個人番号(マイナンバー)のわかる書類及び本人確認書類の写しを添付してください。
- ⑤ 入院をした保険医療機関等について書ききれない場合には欄外等に記入ください。
(※) 本人確認書類…個人番号カード、運転免許証、旅券(パスポート)、身体障害者手帳等、顔写真付きのものであれば1点、公的医療保険の被保険者証、年金手帳等その他写真付きでないものについては2点。

【問合せ先】 富津市役所 国民健康保険課 電話 0439-80-1271

A

被保険者証記号番号		富津 ー	
世帯主 (組合員)	住所		
	氏名	生年月日	年 月 日
	個人番号		
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	年 月 日
	個人番号	世帯主(組合員)との続柄	

B

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		

長期入院 該当・非該当 直近12箇月の入院日数が90日を超える方で対象の適用区分の方は、届出することで食事費控除が減額されます。届出する方は以下もご記入ください。

C

届出者氏名	世帯主との続柄
届出者住所	
日中連絡先	備考

申請日：令和 年 月 日

市区町村長が証明する欄	上記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主(組合員)及びその世帯に属する被保険者に_____年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 千葉県富津市長
-------------	--

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

(以下、市使用欄)

課長	係長	担当	

納付状況	申告状況	限度額区分	受付者

未納世帯で発行した場合

証区分	申請時納付 有無	分納相談 有無	有効期限	<input type="checkbox"/> 運転免許証(番号:) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()
一般・短期・資格			1か月・3か月・6か月	