様式第９号（第１１条関係）

# 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

（あて先）塩尻市長

年　　月　　日

申請者（世帯主）

住　所

氏　名　　印

個人番号

電　話

窓口に来た方
※世帯主の場合、記入は不要です。

氏　名　　印

世帯主との続柄

（氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。）

次のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

なお、世帯主及び世帯員のうち国保加入者全員の課税の状況について、調査することに同意します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者記号・番号 | | | | |
| 限度額適用減額対象者 | 氏　名 | | 世帯主との続柄 | |
| | 生年月日 | 年　月　日 | | |
| | 個人番号 | | | |
| 長期入院（90 日以上） | 該当・非該当 | | 交通事故等の第三者行為 | 有・無 |

ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。　入院日数合計　（　　日間）

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | 申請日の前１年間の入院期間（日数） | 年　月　日から<br>年　月　日まで | （　日間） |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名　称<br>所在地 | |
| ② | 申請日の前１年間の入院期間（日数） | 年　月　日から<br>年　月　日まで | （　日間） |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名　称<br>所在地 | |
| ③ | 申請日の前１年間の入院期間（日数） | 年　月　日から<br>年　月　日まで | （　日間） |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名　称<br>所在地 | |
| ④ | 申請日の前１年間の入院期間（日数） | 年　月　日から<br>年　月　日まで | （　日間） |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名　称<br>所在地 | |
| ⑤ | 申請日の前１年間の入院期間（日数） | 年　月　日から<br>年　月　日まで | （　日間） |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名　称<br>所在地 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 市処理欄 | 発効期日 | | 長期入院 | 該当・非該当 |
| | 適用区分 | | 長期入院認定日 | |