

# 国民健康保険限度額適用認定申請書

|              |                   |             |    |      |    |             |    |
|--------------|-------------------|-------------|----|------|----|-------------|----|
| 被保険者証記号番号    |                   | 記号          |    |      | 番号 |             |    |
| 世帯主<br>(組合員) | 住所                | 鳥取県八頭郡智頭町大字 |    |      |    |             |    |
|              | 氏名                |             | 印  | 生年月日 | 年  | 月           | 日  |
| 適用対象者        | 氏名                |             |    | 生年月日 | 年  | 月           | 日  |
|              | 世帯主(組合員)との続柄      |             |    |      |    |             |    |
| 長期入院         | 該当・非該当            | 世帯主<br>個人番号 |    |      |    | 対象者<br>個人番号 |    |
| ①            | 申請日の前1年間の入院期間(日数) |             | 平成 | 年    | 月  | 日から         |    |
|              |                   |             | 平成 | 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) |             | 平成 | 年    | 月  | 日から         |    |
|              |                   |             | 平成 | 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) |             | 平成 | 年    | 月  | 日から         |    |
|              |                   |             | 平成 | 年    | 月  | 日まで         | 日間 |
|              | 入院をした保険医療機関等      |             | 名称 |      |    |             |    |
|              |                   | 所在地         |    |      |    |             |    |
| ④            | 申請日の前1年間の入院期間(日数) |             | 平成 | 年    | 月  | 日から         |    |
|              |                   |             | 平成 | 年    | 月  | 日まで         | 日間 |
|              | 入院をした保険医療機関等      |             | 名称 |      |    |             |    |
|              |                   | 所在地         |    |      |    |             |    |
| ⑤            | 申請日の前1年間の入院期間(日数) |             | 平成 | 年    | 月  | 日から         |    |
|              |                   |             | 平成 | 年    | 月  | 日まで         | 日間 |
|              | 入院をした保険医療機関等      |             | 名称 |      |    |             |    |
|              |                   | 所在地         |    |      |    |             |    |

平成 年 月 日

|             |  |
|-------------|--|
| 市区町村長が証明する欄 | <p style="text-align: center;">下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。</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">鳥取県八頭郡智頭町長殿 印</p> |
|-------------|--|

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。