第11号様式(第13条)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険 | | | | | | 限度額適用  標準負担額減額  限度額適用・標準負担額減額 | | | | | | | | | | | 認定申請書 | | | | | | |
| **太線の中だけご記入ください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日  　（宛先）鎌倉市長  　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　住所 鎌倉市  　　　　　　　　　　　　　　 　申請者  　　　　　　　　　　　　　　 （世帯主）氏名    電話 （　　 　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 個人番号  　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　住所  窓口に来た人 申請者との関係    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名 　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　）  次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者  記号・番号 | | | | 05－ | | | | | | | 適用･減額対象者  氏　　　　　名 | | | | | | |  | | | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | 世帯主との続柄 | | |  | | | 個人番号 | | | |  | | | | |
| **市民税非課税世帯に属する方で、過去12か月内に90日以上入院されている場合はご記入ください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院状況 | 過去12か月内の入院期間 | | | | | | | 年　　　　月　　　　日　から　　　　日間  　　　　　年　　　　月　　　　日　から　　　　日間 | | | | | | | | | | | | |  |
| 入院をした医療機関名 | | | | | | | 医療機関名① | | | | |  | | | | | | | | | |
| 医療機関名② | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 次のとおり決定してよいでしょうか。（伺い） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 決裁 | 課　長(所長) | | 課長補佐 | | 係　長 | | 係 | | | 担　当 | | | 起案 | | | ・　　　　・ | | | | | | |
| 決裁 | | | ・　　　　・ | | | | | | |
| 交付 | | | ・　　　　・ | | | | | | |
|  | | | | □ 認定します | | | | | 70歳未満 | | | （ア　・　イ  Ⅰ | | | * ウ　・ | | | | エ　・　オ | ・減額のみ） | | |
| 決定区分 | | | | 70歳以上 | | | （現Ⅱ・現 | | | Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ） | | | | 境界層（ | → 　　） | | |
|  | | | | □ 認定しません | | | | | （理由 | | |  | | |  | | | |  | ） | | |
| 申請内容 | | | | ①新規　②再交付　③食事の長期申請　④更新　⑤その他(　　　　　　　　　)  （　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 資格 | | | | 有 （　一般　・　退本　・　退扶　）　・　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険料納付状況 | | | | 未納なし　・　未納あり（　　　年度　　　期　　　　　　　　　　　　　円）　　　　　　　　　円） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 長期入院 | | | | 該当　・　非該当 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 長期該当年月日 | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※８月申請の場合、前年度認定証が長期入院該当者か確認してください。該当の場合、今年度認定証の長期入院月日は８月１日となります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前年度長期入院状況  （８月申請） | | | | 該当　・　非該当 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |