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 |