**令和５年度**

**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

 証交付・証未交付（辞退理由　　　　　　　　　　　　　　） 　　 令和 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 |  倉・  | 電話番号 | － －**※国民健康保険税の滞納のある方は発行されません。入院の予定や履歴がない場合は①～⑥は記載不要です。** |
| 世　帯　主 |  住　所 | 佐倉市 | 個人番号 |  |
|  氏　名 | 　　　　　　　　　　 | 生年月日 | T/S/H/R 年 月 日 |
| 認定対象者(交付を希望する者) |  氏　名 |  | 生年月日 | S/H/R 年 月 日 |
|  世帯主（組合員）との続柄 | 　 | 個人番号 |   |
|  申 請 日 以 前 １ 年 間 の 入 院 履 歴 |  | 入院期間（予定） |  　　 年 月 日から　　 年 月 日まで 日間 |
|   |  | 長期入院 | 該 当・非該当 |
|  医療機関所在地 |  | 交通事故等の第三者行為 | 有　・　無 |
|  ② |   |  　　 年 月 日から　　 年 月 日まで 日間 |
|   |  |
|  医療機関所在地 |  |
|  ③ |   |  　　 年 月 日から　　 年 月 日まで 日間 |
|   |  |
|  医療機関所在地 |  |
|  ④ |   |  　　 年 月 日から　　　 年 月 日まで 日間 |
|   |  |
|  医療機関所在地 |  |
|  ⑤ |   |  　　 年 月 日から　　 年 月 日まで 日間 |
|   |  |
|  医療機関所在地 |  |

 ※ ②以降は、入・退院や転院がある場合のみ記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 佐倉市長が証明する欄 |  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令和 年度の市民税が課税されな いことを証明する。 、 、 、 、 、 、 佐倉市長 　 西田　三十五 　　 印 |

備考 「佐倉市長が証明する欄」は、佐倉市の業務上の処理におい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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  （佐倉市長による証明・市民税非課税証明書・公 簿）にて確認済 | 担当者印 |  |
| 負担区分 | ア・イ・ウ・エ・オ現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ | 　保険税滞納の有無 | □あり　□なし |
| 個人番号確認 | □ 窓口確認　□ コピー確認(郵送)　□ 職権確認 | 担当者印 |  |