**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 |  |