様式第11

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 国民健康保険食事療養標準負担額減額等認定申請書 | 　 |
| 被保険者証 | 記号 | 　 | 番号 | 　 | 連絡先 | 電話(　　　)　　　― |
| 減額対象者 | 氏名 |  | 世帯主との続柄 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 区分 | 　一般　・　退本　・　退扶 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 長期入院 | 該当　・　非該当 | 長期該当年月日 | 年　　　月　　　日から |
| ① | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 年　　月　　日から年　　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) | 年　　月　　日から年　　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) | 年　　月　　日から年　　月　　日まで | 日間　 |
| 入院をした保険医療機関等 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| 　上記のとおり(食事療養標準負担額の減額・生活療養標準負担額の減額・高額療養費の支払に関する限度額の適用)の認定を申請します。　　　年　　　月　　　日 |
|  | 世帯主の住　所氏　名及び個人番号 | 鹿児島市 | 　　　　　　　丁目　　　番　　　　号　　　　　　　　町　　　番地 |
| 氏名 |
| 鹿児島市長　殿 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※該当の際は□にチェックをしてください□　第三者行為(交通事故や傷害、犬咬み等)が原因の傷病に該当する |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付 | 入力 | 認定証発行 | 保険証交付状況 | 長期該当確認 | 照合 |
| 　 | 　 | 　 | 完納 | 滞納 | レセ日数 | 前年度課税 | 領収書日数 | 　 |
| 日 | 　 | 日 |
| 適用区分 | (ア) | (イ) | (ウ) | (エ) | (オ) | 食事 | 認定証を受領しました。（署名又は記名押印）　　　　　　　　　　　　 |
| 現役Ⅰ | 現役Ⅱ | 低Ⅰ | 低Ⅱ |