第8号様式

限度額・食事

**国民健康保険限度額適用・標準負担減額認定申請書(一般・非課税）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | 年　　　月　　　日 | | 資格確認書記号・番号 | **那国** | | | | | |
| 国 保  世 帯 主 | **氏名** |  | | | **電話** |  | | | |
| 個人番号 |  | | |
| **住所** | 那覇市 | | | | | | | |
| 届出人  (世帯主が来た場合は省略可) | **氏名** |  | | | 世帯主  との続柄 | |  | | |
| **住所** |  | | | 電話 | |  | | |
| 認　　定  対 象 者 | **氏名** |  | | | **生年月日**  長期入院  （91日以上） | | |  |  |
| 個人番号 |  | | |
| **世帯主**  **との続柄** |  | | | 年　　 月　　日 | |
| ・一般　　　　退職(本人・被保険者) | | | | 該当・非該当 | |
| 国民健康保険一部負担金限度額の適用・食事療養標準負担額の減額の認定を受けたいので、関係書類を添えて  申請します。  那　覇　市　長　　宛 | | | | | | | | | |

※ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。　　　　入院日数（　　　　　　日間）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ① | 申請日の前1年間の入院日数 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日（　　　日間） | |
| 入院をした保険医療機関等 | 名　称 | 印 |
| 所在地 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険課記入欄 | | ・一般　　　　・高齢者 | ・新規  ・継続 | 受付者 |  |
|
| 確認方法 | 領収証等　　　証明書添付　　　給付記録 | |  |



マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証の申請手続きなく、限度額を超える支払いが免除されます。

～マイナ保険証をぜひご利用ください～

第三者担当

１　ケ　ガ

（事故・労災）

２　疾　病