

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者記号・番号		—										
対 適 用 ・ 減 額 者	氏 名											男・女
	個 人 番 号											
	生年月日	昭和・平成 年 月 日										
長期入院	該当・非該当	交通事故の有無					有 ・ 無					

ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。		入院日数合計(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																					
		所在地																					
②	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																					
		所在地																					
③	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																					
		所在地																					
<p>上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額の減額を申請します。 なお、本請求による限度額適用・標準負担額減額認定証の交付に関する事務に必要な市税に関する資料を 閲覧されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 大川市大字</p> <p style="text-align: center;">(世帯主) 氏 名</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">個人番号</td> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">電話番号 — —</p> <p style="text-align: center;">大 川 市 長 殿</p>												個人番号											
個人番号																							

※マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

[事務処理欄]

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	受 付 者

適 用 区 分	[現役並] II ・ I
	[区 分] II ・ I

長期入院 交付者印 ※区分IIのみ
<input type="checkbox"/> 済
<input type="checkbox"/> 不要

受 付 印