

限度額適用
 国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号・番号		—			
限度額適用 対象者	氏名				世帯主との続柄
	個人番号	□ 個人番号は世帯主と同じ			
	性別	男・女	生年月日	S・H・R	年 月 日
長期入院	該当・非該当	交通事故の有無	有・無		

この欄は長期入院該当者のみ記入してください。				入院日数合計 () 日間	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から		日間	
		年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関	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		日間	
		年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関	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		日間	
		年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関	名称			
		所在地			

上記のとおり、関係書類を添えて申請します。
 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。

令和 年 月 日

住 所 大川市大字

世帯主氏名

個人番号

電話番号：() —

大川市長 殿

※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	企画主査	係	受付者

適 用 区 分	<input type="checkbox"/> ア：901万円超
	<input type="checkbox"/> イ：600万円超 901万円以下
	<input type="checkbox"/> ウ：210万円超 600万円以下
	<input type="checkbox"/> エ：210万円以下
	<input type="checkbox"/> オ：市県民税非課税世帯

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

受付印