

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

記号・番号					
世帯主	住所	東員町 電話 () -			
	氏名	生年月日	S H R	年 月 日	男・女
	個人番号				
限度額適用減額対象者	氏名	生年月日	S H R	年 月 日	男・女
	個人番号	世帯主との続柄			
長期入院	該当・非該当				
認定区分	70歳未満	<input type="checkbox"/> 上位所得者世帯(ア) <input type="checkbox"/> 上位所得者世帯(イ) <input type="checkbox"/> 一般世帯(ウ) <input type="checkbox"/> 一般世帯(エ) <input type="checkbox"/> 低所得者世帯(オ)			
	70歳以上	<input type="checkbox"/> 高齢者区分 I <input type="checkbox"/> 高齢者区分 II			

1	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで
	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)	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで
	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)	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地

上記のとおり申請します。 令和 年 月 日

申請者氏名	
申請者住所	
申請者確認	<input type="checkbox"/> 免許証・ <input type="checkbox"/> マイナンバーカード・ <input type="checkbox"/> その他()

市町村長 証明欄	下に掲げる当該認定をうけようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に ____ 年度の市(区)町村民税がかされないことを証明する。 _____ _____ _____ 市区町村長名 印
-------------	--

※マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証交付申請を行う必要がなく、医療機関で同意のうえ限度額適用認定がなされ、高額療養費制度での限度額を超える支払いが免除されます。(ただし、保険料の未納等がある場合、免除されないことがあります。)