

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		山 1 5 ー			
世帯主	住所	周防大島町大字 (TEL)			
	氏名		個人番号		
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	世帯主との続柄		個人番号		
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為		有・無	
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 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			
④	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			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

承 諾 書	上記申請による認定を受けるため、私の世帯の課税状況を閲覧することについて承諾いたします。 令和 年 月 日 世帯主氏名
-------	---

マイナ保険証（電子資格確認に利用される個人番号カード）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。

※ 認定証の送付先をご記入ください。

1 自 宅	2 その他 住 所 氏 名 電話番号
-------	--