

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 | | | | | |
| 世帯主 | 住所 | | | | |
| | 氏名 | | | 生年月日 | |
| 限度額適用 減額対象者 | 氏名 | | | 個人番号 | |
| | 世帯主との続柄 | | | 生年月日 | |
| 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) | 令和 令和 | 年 年 | 月 月 | 日から 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) | 令和 令和 | 年 年 | 月 月 | 日から 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) | 令和 令和 | 年 年 | 月 月 | 日から 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) | 令和 令和 | 年 年 | 月 月 | 日から 日まで 日間 |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | | | |
| | | 所在地 | | | |

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

住 所 _____

世帯主名 (申請者) _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

四万十市長 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。
 ※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

| | | | |
|-----|------|--|--|
| 処理欄 | 認定等 | イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 () ニ 却下 (理由) | 受付番号(第 号) 交付番号(第 号) 認定等年月日 令和 年 月 日 |
| | 差額支給 | 有・無 | 食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号(第 号) |
| | 所得区分 | ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ | |

四万十市長