

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	