

**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

(あて先) 成 田 市 長

被保険者証記号番号		成 田 一	区 分	一般・高齢者 退職本人・退職扶養
世帯主	氏名	フリガナ	個人番号	
	住所	(電話番号)		
減額対象者	氏名	フリガナ	個人番号	
	生年月日	年 月 日	世帯主との続柄	

長期入院 該当・非該当(非課税世帯で91日以上入院があった場合のみ記入)

過去の1年間の入院	入 院 期 間		入院した保険医療機関の名称	
	年 月 日	~ 年 月 日		
	年 月 日	~ 年 月 日		
累計日数	年 月 日	~ 年 月 日		
※適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ		※発効日	年 月 日
※長期入院 <small>オ・低Ⅱのみ</small>	該当・非該当	※長期発効日	年 月 日	※有効期限 年 月 日

※ 欄は、記入しないでください
上記のとおり申請します。

年 月 日 干

届出人 住 所

氏 名

(対象者との関係)

電話番号

マイナ保険証を利用すると、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ることがあります。

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。

※保険税の納付状況などによっては免除されない場合があります。

市役所確認欄

受付印

収納確認	受付	作成	再検	記録