

記入例

第 号

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

保険証の番号を記入

(あて先) 成田市長

被保険者証記号番号	成田 — 0 1 2 3 4 5	区分	一般・高齢者 退職本人・退職扶養
世帯主	フリガナ 氏名	個人番号	
	住所	世帯主の氏名・住所・電話番号を記入 (電話番号)	
減額対象者	フリガナ 氏名	個人番号	
	生年月日	限度額適用認定証の発行対象者の氏名・生年月日・続柄を記入 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	
累計日数	非課税世帯の方で、申請月を含めた過去12か月に91日以上 の入院がある場合は、入院期間と医療機関名を記入してください。	
	年 月 日 ~ 年 月 日	
※適用区分	※市役所確認欄のため記入不要	
※長期入院 <small>オ・極Ⅱのみ</small>	該当	

※ 欄は、記入しないでください。上記のとおり申請します。

申請日を記入

年 月 日 千

届出人 住所

申請者の住所、氏名、電話番号、対象者との関係を記入

(対象者との関係)

氏名 _____

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