第　　号

限度額適用認定
国民健康保険　　標準負担額減額認定　　申請書
限度額適用・標準負担額減額認定

（あて先）　成田市長

被保険者 記号・番号		成田							区分	一般　・　高齢者
減額 対象者	フリガナ								生年 月日	年　月　日
	氏名									
	住所	（〒　　―　　） 成田市								
	個人 番号								電話 番号	

長期入院 【非課税世帯のみ】 累計入院日数 （＿＿＿）日間	過去１年間の入院日数が 91 日以上ある場合は 右欄の「該当」に○をつけ、下欄を記入してください。	該当
	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	
	年　月　日 ～　　年　月　日	

仕事中の負傷や交通事故等の第三者行為による負傷ですか。	はい　・　いいえ

マイナ保険証を医療機関等の窓口に提示して受診する場合、ご本人の情報提供に同意することで、自己負担限度額までのお支払いとなるため、市役所での「限度額適用認定証」の申請手続きが不要となります。医療機関等を受診する際は、マイナ保険証の利用をご検討ください。（国民健康保険税に滞納がある場合等は、申請手続きが必要となる場合があります。）

上記のとおり申請します。

年　　月　　日　　（世帯主）　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（減額対象者との関係）

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※世帯主以外の方が申請する場合は下欄も記入してください。

氏名		電話番号	
住所	□世帯主と同じ	世帯主 との関係	

【行政記入欄】

受付印

適用 区分	ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ	発効日	年　月　日	受付者
長期 該当日 ※オ・低Ⅱ	非該当・　年　月　日	有効 期限	年　月　日	点検者