

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	1	2	3	4	5	6	区分	一般・高齢者					
減額 対象者	フリガナ	ナリタ イチロウ						生年 月日	●●年●●月●●日					
	氏名	成田 一郎												
	住所	(〒 286 - 8585) 成田市 花崎町 760 番地												
	個人 番号	1	2	3	4	2	3	4	5	3	4	5	6	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				○○病院				
	●●年●●月●●日～●●年●●月●●日				△△病院				
●●年●●月●●日～●●年●●月●●日				□□病院					

仕事上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で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 成田市花崎町 760 番地 (減額対象者との関係)
氏名 成田 太郎 父
個人番号 123456789123
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	成田 花子	電話番号	●●●-●●●●-●●●●
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主と同じ	世帯主 との関係	妻

【行政記入欄】

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

受付印