

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	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	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)	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
(2)	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
(3)	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
(4)	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
(5)	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名 称			

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

年 月 日

住 所 _____

世帯主名 個人番号 _____
(申請者) _____

電話番号 _____

(あて先) 高浜市長

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。
※ 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 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