

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

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。

住 所 _____ 年 月 日

世帯主名
(申請者) _____ 個人番号 _____
 電話番号 _____ 静岡県焼津市長 殿

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 | | | |