

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

被保険者記号・番号		岡37	
世帯主	住所		
	氏名		生年月日
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
長期入院	該当 ・ 非該当	交通事故等第三者行為	有 ・ 無
ここから下は、長期入院該当者(90日以上)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 日間	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
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 日間	
	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 年 月 日まで 日間	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
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 日間	
	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。

年 月 日

住 所 _____

世帯主名 (申請者) _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

矢掛町長 様

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	受付番号(第 号)
		ロ 保護申請却下通知書	交付番号(第 号)
	ハ 公募()	認定等年月日	
	ニ 却下(理由)	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	
	所得区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 低Ⅰ ・ 低Ⅱ ・ 現Ⅰ ・ 現Ⅱ	