

限度額適用

国民健康保険

標準負担額減額

認定申請書

我孫子市長あて

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		
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			
	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		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。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_  
 世帯主名 \_\_\_\_\_  
 (申請者) \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

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。	受領印(サイン可)
--	-----------

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	

窓口個人番号確認等	課長	主幹	課長補佐	係長	担当	窓口
<input type="checkbox"/> 照合済み(個人カ・通知カ・個番号入住民票)						
<input type="checkbox"/> 届出人の本人確認( )						
<input type="checkbox"/> 別世帯の場合は委任状						