

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

|                                                                                                                 |                   |     |                                                                                                                                                                                                    |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|                                                                                                                 |                   |     | 年 月 日                                                                                                                                                                                              |  |  |
| (宛先) 綾瀬市長                                                                                                       |                   |     |                                                                                                                                                                                                    |  |  |
| 申請者                                                                                                             |                   |     | 住所<br>氏名<br>個人番号<br>電話番号<br>続柄(代理人の場合のみ)                                                                                                                                                           |  |  |
| 次のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。<br>なお、認定証の交付手続に当たり、私の属する世帯の市民税の課税状況の調査、確認については課税台帳等により行うことに同意します。 |                   |     |                                                                                                                                                                                                    |  |  |
| 被保険者記号番号                                                                                                        |                   |     | 53—                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 世帯主<br><input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                          | 住所                |     |                                                                                                                                                                                                    |  |  |
|                                                                                                                 | 氏名                |     |                                                                                                                                                                                                    |  |  |
|                                                                                                                 | 生年月日              |     | 昭・平・令 年 月 日生                                                                                                                                                                                       |  |  |
|                                                                                                                 | 個人番号              |     |                                                                                                                                                                                                    |  |  |
| 限度額適用<br>減額対象者<br><input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><input type="checkbox"/> 世帯主と同じ                            | 氏名                |     |                                                                                                                                                                                                    |  |  |
|                                                                                                                 | 生年月日              |     | 昭・平・令 年 月 日生                                                                                                                                                                                       |  |  |
|                                                                                                                 | 個人番号              |     |                                                                                                                                                                                                    |  |  |
|                                                                                                                 | 世帯主との続柄           |     | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他( ) |  |  |
| 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                                                                                                                                                                                 |  |  |
|                                                                                                                 | 入院した保険医療機関等       | 名称  |                                                                                                                                                                                                    |  |  |
|                                                                                                                 |                   | 所在地 |                                                                                                                                                                                                    |  |  |

※ 申請理由が交通事故等の第三者行為による場合は申し出てください。  
※ 太枠内のみ記入してください。

|                                  |                                                                                                                                              |               |                                                       |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------|
| 決 定 区 分                          | <input type="checkbox"/> 交付する。(適用区分 ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ) <input type="checkbox"/> 交付しない。                                                   |               |                                                       |
| 認 定 等                            | <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 公簿等( )<br><input type="checkbox"/> 保護申請却下通知書 <input type="checkbox"/> 却下(理由: ) |               |                                                       |
| 適用区分オ・低Ⅱ、低Ⅰの場合下記記入(低Ⅰの場合長期入院は不要) |                                                                                                                                              |               |                                                       |
| 長 期 入 院                          | <input type="checkbox"/> 該当(資料要) <input type="checkbox"/> 非該当                                                                                | 差 額 支 給 の 有 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

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。