

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	綾瀬市早川550番地
		氏 名	綾瀬 太郎
		個人番号	
		電話番号	0467-77-1111
		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。 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		53-1234567	
世 帯 主	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日	昭・平・令 40年 4月 1日生	
☒ 申請者と同じ	個 人 番 号		
限度額適用 減額対象者	氏 名	綾瀬 花子	
	生 年 月 日	昭・平・令 40年 11月 1日生	
	個 人 番 号		
☐ 申請者と同じ ☐ 世帯主と同じ	世帯主との続柄	☐ 本人 ☐ 夫 ☒ 妻 ☐ 子 ☐ 父 ☐ 母 ☐ 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	☐ 交付する。(適用区分 ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ) ☐ 交付しない。		
認 定 等	☐ 市町村民税非課税証明書 ☐ 公簿等() ☐ 保護申請却下通知書 ☐ 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	☐ 該当 (資料要) ☐ 非該当	差 額 支 給 の 有 無	☐ 有 ☐ 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。