令和	年	月	日
課長	課長補佐	係長	係

受付印

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

必要な方の名前等を記入してください。

限度額適用・減額対象者	氏名	生年月日	昭平令	年	月	日
	被保険者番号	個人番号				

長期入院申請欄(区分オ、区分Ⅱの方で90日を超える入院があれば記入)

入院日数合計()日間

①	申請月を含む前12月間の入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	名称	所在地
	入院をした保険医療機関等			
②	申請月を含む前12月間の入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	名称	所在地
	入院をした保険医療機関等			
③	申請月を含む前12月間の入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	名称	所在地
	入院をした保険医療機関等			

仁淀川町長 様

上記のとおり申請します。なお、限度額適用・標準負担額減額認定にあたり、国民健康保険の担当職員が世帯主及び同世帯の被保険者にかかる個人住民税の課税状況を調査することに同意します。

令和 年 月 日

世帯主住所
(申請者住所)

世帯主氏名
(申請者氏名)

対象者との続柄

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。(長期入院申請は必要)

役場記入欄	(限度額適用区分)	【69歳以下】 ア イ ウ エ オ 【70歳以上74歳以下】 現役Ⅰ 現役Ⅱ 区分Ⅰ 区分Ⅱ
	(標準負担額区分)	ア 課税・非課税・未申告() イ 保護申請却下通知書により非課税 ウ 90日該当年月日(令和 年 月 日) エ 却下(理由:)
	(申請者の方は記入不要)	(申請者本人確認) ☐ マイナンバーカード ☐ 免許証 ☐ パスポート ☐ 身体障がい者手帳 ☐ 保険証 + ☐ 介護保険証 + ☐ 年金証書 + ☐ ※顔写真の無いものは2点以上確認。
	(交付)	令和 年 月 日 ☐ 窓口交付 ☐ 郵送交付 ☐ 世帯主 ☐ 申請者 ☐ ※本人確認ができない場合や同一世帯員ではない場合は、窓口交付不可・世帯主へ郵送。

記入例

この欄は記入不要です。

この欄は記入不要です。

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

必要な方の名前等を記入してください。

必要な方のことを記入してください。

限度額適用・減額対象者	氏名	仁淀川 花子		生年月日	昭和 平令	●年 ●月 ●日
	被保険者番号	1234567	個人番号	○○○○-○○○○-○○○○		

長期入院申請欄(区分オ、区分Ⅱの方で90日を超える入院があれば記入)

入院日数合計()日間

①	申請月を含む前12月間の入院期間	令和 ●年 ●月 ●日から 令和 ●年 ●月 ●日まで ●	名称 ○○病院	所在地 高知市○○△丁目□番□号	番号が分からない場合は、空白可
	入院をした保険医療機関等				
②	申請月を含む前12月間の入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	名称	所在地	
	入院をした保険医療機関等				
③	申請月を含む前12月間の入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	名称	所在地	
	入院をした保険医療機関等				

長期入院申請欄は、入院をしない方と90日以下の入院の方は記入不要です。

※91日以上入院されている方は記入してください。転院等により複数の医療機関で入院されている方は②③へ分けて記入してください。

仁淀川町長 様

上記のとおり申請します。なお、限度額適用・標準負担額減額認定にあたり、世帯主及び同世帯の被保険者にかかる個人住民税の課税状況を調査することに同意します。

令和 ●年 ●月 ●日

記入した日

世帯主住所 (申請者住所) 仁淀川町大崎200番地

世帯主氏名 (申請者氏名) 仁淀川 一郎

対象者との続柄 世帯主(夫)

電話番号 (090 - ●●●● - ●●●●)

申請者の住所・氏名・携帯電話など日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。

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。(長期入院申請は必要)

役場記入欄

(申請者の方は記入不要)

この欄は記入不要です。

区分Ⅱ

帳

送。