

国民健康保険 限度額適用  
 限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

供 覧	課長	係長	係

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)	令和 年 月 日 から	日間				
		令和 年 月 日 まで					
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)	令和 年 月 日 から	日間				
		令和 年 月 日 まで					
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)	令和 年 月 日 から	日間				
		令和 年 月 日 まで					
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)	令和 年 月 日 から	日間				
		令和 年 月 日 まで					
入院した保険医療機関等	名称						
	所在地						
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から	日間				
		令和 年 月 日 まで					
入院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。

(申請者) 令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

世帯主名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

枕崎市長殿

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 公簿( _____ )	認定等年月日
		ニ 却下(理由 _____ )	令和 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)	

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。ただし、税の申告状況や、データ登録の状況等によっては、区分が確認できない場合があります。