

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

減額対象者	被保険者証 記号・番号		国 籍	※日本国籍でない場合
	氏 名		世帯主から みた続柄	
			個人番号	
生年月日	年 月 日	長期入院	該当 ・ 非該当	

長期入院該当の方のみ記入してください。			入院日数合計 (日間)		
①	申請日の前の1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			
②	申請日の前の1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
	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国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定を申請します。
 なお、当該申請にあたり、菰野町が私若しくは私の世帯員の所得状況等を調査すること及び、個人番号を取得することに同意します。

菰野町長 あて

年 月 日

世帯主	住所		届出人	世帯主から みた続柄	
	氏名			氏名	
	個人番号			電話番号	

★マイナ保険証をぜひご利用ください！

マイナ保険証を利用する場合は、限度額適用認定証等がなくても、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るため、事前申請が不要となります。

受付整理欄（記入しないでください）

区分	一般					高齢者			
	ア上位	イ上位	ウ課税	エ課税	オ非課	現役並Ⅱ	現役並Ⅰ	低Ⅱ	低Ⅰ
受付兼電算入力処理担当者 ㊟						<input type="checkbox"/> 長期該当			
<input type="checkbox"/> 郵送		郵送日	年 月 日						

受領署名	
------	--

本人確認書類	
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 保険証(兼高齢受給者証)
<input type="checkbox"/> 年金手帳(基礎年金番号通知書)	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通帳
<input type="checkbox"/> その他 ()	
外国籍の場合 <input type="checkbox"/> 在留カード	