

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	1	2	3	4	5	6	国籍	※日本国籍でない場合	
	氏名	菰野 花子						世帯主から みた続柄	妻	
	生年月日	昭和50年10月10日						個人番号		
								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

令和〇年〇月〇日

世帯主	住所	菰野町大字△△〇〇番地				届出人	世帯主から みた続柄	本人	
	氏名	菰野 太郎					氏名	菰野 太郎	
	個人番号						電話番号	059-xxxx-xxxx	

★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	工課税	才非課	現役並Ⅱ	現役並Ⅰ	低Ⅱ	低Ⅰ
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <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	