国民健康保険　限度額適用・標準負担額減額認定申請書　兼　入院日数届出書

減額対象者	被保険者 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	

□1.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証の交付を申請します。
□2.上記のとおり、関係書類を添えて入院日数届出書を申請します。
　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　㊞						□長期該当			
□郵送　郵送日　年　月　日									

受領署名	

本人確認書類
□運転免許証　□資格確認書等
□年金手帳（基礎年金番号通知書）
□個人番号カード　□通帳
□その他（　　）

外国籍の場合　□在留カード