

限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号・番号		印					
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）		年 月 日 から		日間		
			年 月 日 まで				
	入院を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）		年 月 日 から		日間		
			年 月 日 まで				
	入院を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）		年 月 日 から		日間		
			年 月 日 まで				
	入院を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）		年 月 日 から		日間		
			年 月 日 まで				
	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認定証の交付を申請します。

年 月 日

住所 _____

世帯主名 (申請者) _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

千葉県印西市長

藤代 健吾 宛

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。
※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

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)	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)	
所得区分		ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 低Ⅰ ・ 低Ⅱ ・ 現Ⅰ ・ 現Ⅱ	