

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

被保険者記号・番号		太枠内をご記入ください									
世帯主	住 所	印西市									
	氏 名	生年月日	昭・平・令			年	月	日			
		個人番号									
限度額適用 減額対象者	氏 名	生年月日	昭・平・令			年	月	日			
		個人番号									
	世帯主との続柄										

長期入院 該当・非該当 (申請日より1年以内に90日以上入院されたことのある非課税世帯のみ記入)					
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	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1年間の入院期間(日数)	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			

上記の通り申請します。

※窓口に来た人(世帯主及び対象者本人でない場合に記入)

令和 年 月 日 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

適用対象者との関係 _____ (同一世帯・非同一世帯)

※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、保険税を滞納されている場合、支払いが免除されないことがあります。

・ 国保年金課使用欄 ・ ・ ・ ・ ・

☐70歳未満 (ア イ ウ エ オ) ☐70歳以上 (区分Ⅰ 区分Ⅱ 現役並みⅠ 現役並みⅡ)

未申告者 (有 無)

長期入院 (該当 非該当)

非自発の適用状況 (有 無)

保険税未納 (有 無)

担当者	確認者