

## 国民健康保険( 限度額適用・標準負担額減額 ) 認定申請書

※太枠の中のみご記入ください。

減額対象者と別世帯の方が申請される場合は、委任状が必要になります。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |  |      |       |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|------|-------|-----|
| 被保険者番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |  |      |       |     |
| 減額対象者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 氏 名     |  | 生年月日 | 年 月 日 | 男・女 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 世帯主との続柄 |  |      | 個人番号  |     |
| <p>上記のとおり関係書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>三 次 市 長 様</p> <p style="text-align: right;">申 請 者 ㊦ -</p> <p style="text-align: right;">住 所 )</p> <p style="text-align: right;">名 前 )</p> <p style="text-align: right;">電話番号 )( ) -</p> <p>※マイナ保険証を利用すれば、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。<br/>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。</p> |         |  |      |       |     |

※ 以下、市役所記入欄

|      |                   |                    |
|------|-------------------|--------------------|
| 長期入院 | 該 当 ・ 非 該 当       |                    |
| ①    | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日から 年 月 日まで 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 年 月 日まで 日間 |
|      | 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 年 月 日まで 日間 |
|      | 入院をした保険医療機関等      | 名 称                |
|      |                   | 所在地                |

|     |                                    |                     |
|-----|------------------------------------|---------------------|
| 判 定 | 該 当 ・ 非該当                          |                     |
| 認 定 | 年 月 日 ～ 年 月 日                      |                     |
| 長 期 | 年 月 日 から                           |                     |
| 区 分 | (若人) ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ (高齢) I ・ II |                     |
| 交 付 | 受 付 者                              | 交付日 月 日 窓口交付 ・ 郵便交付 |

|        |                         |
|--------|-------------------------|
| 本人確認書類 | 運転免許証／個人番号カード<br>その他( ) |
|--------|-------------------------|