

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

| | | |
|---------------------|--|-------|
| | 申請日 | 年 月 日 |
| 申請者 (世帯主) | 被保険者証記号・番号 | |
| | 記号 | 番号 |
| | み山 | |
| | 世帯主氏名 | |
| | 電話番号 | |
| | 生年月日 | |
| | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | |
| 住所 | | |

| | | |
|--|---|---|
| 認定対象者 (世帯主本人の場合は記入省略可) ■世帯主本人 | 氏名 | 生年月日 |
| | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 |
| | 世帯主との関係 | 傷病の原因 ※省略不可 |
| | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 業務上の災害 <input type="checkbox"/> その他(疾病等) |

| | | |
|------------|--|------|
| 届出者 | 氏名 | 電話番号 |
| | | |
| | 認定対象者との関係 | 住所 |
| | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他() | |

< 以下は記入不要です >

| | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 長期入院 <small>(住民税非課税世帯かつ過去1年間の入院日数が90日を超える場合は該当)</small> | 医療機関名 | 医療機関名 |
| | | |
| | 所在地 | 所在地 |
| | | |
| | 申請月以前1年間の入院期間・日数 | 申請月以前1年間の入院期間・日数 |
| | 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 | 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 |

※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、マイナ保険証ををぜひご利用ください。

| | | | |
|-----|---|------------------------------|-------|
| 受付者 | 本人確認書類 | 判定区分 | [収受印] |
| | <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他() | ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ | |