

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)	被保険者等記号・番号	電話番号
	記号 番号 み山	
	世帯主氏名	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"/> 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 (世帯主、認 定対象者の場 合は記入省略 可) ■世帯主本人 ■対象者本人	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 (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)	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"/> 資格確認書 <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	