

国民健康保険 限度額適用
 標準負担額減額 限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

被保険者証の記号番号				年度			年	月	日	
世帯主	住所									
	氏名	㊦		生年月日			年	月	日	男・女
	個人番号			電話番号						
対象者	氏名			生年月日			年	月	日	男・女
	個人番号			世帯主との続柄						
長期入院	該当・非該当			交通事故等の第三者行為			有・無			
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							
③	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							
④	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							
新地町長が 証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主(組合員)及びその世帯に属する被保険者に____年度の町民税が課されないことを証明する。 _____年 月 日 _____新地町長 _____印									

備考 「新地町長が証明する欄」は、保険者が新地町であつて、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

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	発行・却下年月日			年	月	日	発効期日				年	月	日
	有効期限年月日			年	月	日	決 裁				年	月	日
決裁	課長		課長 補佐		係長		係						

- ※70歳以上 ①現役並みⅡ ②現役並みⅠ
 ③低所得Ⅱ ④低所得Ⅰ
 ※70歳未満 ①課税上位ア ②課税上位イ ③課税一般ウ
 ④課税一般エ ⑤非課税才

(受付印)